

Le dossier – Peau et psy

Manuel de prescription des psychotropes en dermatologie

RÉSUMÉ : Les dermatologues sont régulièrement amenés à prescrire des psychotropes dans leur pratique clinique. En effet, ils sont souvent les seuls interlocuteurs des patients atteints de troubles psychodermatologiques primaires, parmi lesquels on retrouve : le délire d'infestation parasitaire, la trichotillomanie, les troubles factices, les troubles fonctionnels prurigineux ou encore le trouble de dysmorphie corporelle. La thérapie cognitivo-comportementale constitue un traitement de première intention dans la majorité des cas, mais la prescription de psychotropes, tels que les antidépresseurs, les antipsychotiques ou les anxiolytiques, peut parfois s'avérer nécessaire.



F. STEPHAN

Service de Psychiatrie de liaison, CHU de BREST.

En pratique quotidienne, les dermatologues sont régulièrement confrontés à la nécessité de prescrire des psychotropes. En effet, une étude récente menée au Canada, qui a observé durant 5 ans des patients suivis en dermatologie, a montré que plus de 1/4 d'entre eux recevaient au moins un psychotrope, ce qui indique un taux élevé d'affections psychodermatologiques potentielles et/ou de problèmes de santé mentale concomitants en dermatologie [1]. Souvent, les dermatologues sont les premiers interlocuteurs pour les troubles psychodermatologiques primaires pour lesquels les manifestations dermatologiques sont au premier plan, comme dans le délire d'infestation parasitaire, la trichotillomanie, le trouble prurigineux fonctionnel... Dans un premier temps, ces patients sont peu enclins à rencontrer un psychologue ou un psychiatre, ce qui amène le dermatologue à devoir initier la prescription d'un psychotrope. Et bien que cette pratique soit courante, il existe à ce jour peu de recommandations cliniques pour l'aide à la prescription de psychotropes car le nombre d'études randomisées et contrôlées est faible dans la littérature scientifique [2]. Nous espérons fournir

au clinicien une courte liste de médicaments psychiatriques couramment utilisés et des détails sur la façon de les prescrire dans certains troubles psychodermatologiques primaires.

Délire d'infestation parasitaire ou syndrome d'Ekbom

Selon le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, cinquième édition (DSM-V), le trouble délirant est défini comme la présence d'un ou de plusieurs délires non bizarres durant au moins 1 mois [3]. Le délire d'infestation parasitaire peut également être classé comme un trouble délirant d'un sous-type somatique qui implique explicitement des fonctions ou des sensations corporelles. Les patients se présentent avec la conviction absolue d'avoir une infection parasitaire malgré toutes les preuves du contraire. À l'examen, ils peuvent présenter des excoriations et des ulcérations dans des zones corporelles accessibles facilement. Les patients peuvent insister sur le fait que les peluches des vêtements et les débris de peau sont la preuve évidente de la présence de parasites ou de larves, et ils

Le dossier – Peau et psy

amènent souvent en consultation une petite boîte contenant ces “parasites”. Une revue récente de la littérature a montré que certains traitements peuvent induire des délires d’infestations parasitaires, tels les antiparkinsoniens, antidépresseurs, antiépileptiques, antibiotiques ou psychostimulants et il est donc nécessaire de faire une enquête étiologique médicamenteuse avant de prescrire un psychotrope [4]. Classiquement, les antipsychotiques de 2^e génération, comme la rispéridone ou l’olanzapine, étaient prescrits en première intention mais une revue systématique de la littérature de 2022 a montré que les patients répondaient mieux avec la prescription d’un antidépresseur type ISRS (la fluoxétine 10 à 20 mg/j ou l’escitalopram 5 à 20 mg/j par exemple) par rapport aux antipsychotiques [5]. Il est de fait relativement fréquent d’avoir un syndrome dépressif avec symptômes psychotiques chez les sujets âgés, ce qui pourrait expliquer l’efficacité des antidépresseurs, d’autant que les antidépresseurs sont aussi le traitement de fond des troubles anxieux sévères. Il faudrait donc rechercher un syndrome dépressif et/ou un syndrome anxieux chez les patients présentant des idées délirantes d’infestation pour choisir le meilleur psychotrope et sans doute prescrire un antidépresseur en 1^{re} intention car les effets secondaires sont moindres qu’avec les antipsychotiques (attention toutefois à l’hyponatrémie qui est fréquente avec les ISRS chez les sujets âgés).

Concernant les antipsychotiques, l’aripiprazole (5 à 15 mg/j) serait le plus efficace. Les autres antipsychotiques les plus utilisés sont la rispéridone (1 à 4 mg/j), l’olanzapine (5 à 15 mg/j) et le pimoziide (1 à 8 mg/j, prescription réservée aux psychiatres). Les antipsychotiques ne sont pas sans effets secondaires. Ils peuvent être responsables de sédation, de syndrome parkinsonien, de prise de poids, de syndrome métabolique, de troubles du rythme, d’hyperprolactinémie et peuvent majorer le

DCI	Posologies	Effets secondaires
Aripiprazole	2 à 15 mg/j	Céphalées, tremblements, akathisie, insomnie
Rispéridone	1 à 4 mg/j	Sédation, syndrome métabolique, majoration risque AVC, hyperprolactinémie
Olanzapine	5 à 15 mg/j	Prise de poids, sédation, syndrome métabolique
Pimoziide	1 à 8 mg/j	Syndrome parkinsonien, effets anticholinergiques

Tableau 1 : Principaux antipsychotiques.

risque d’AVC chez les sujets âgés, justifiant une durée de prescription limitée à 1 an [6, 7]. Ils nécessitent une surveillance biologique des effets secondaires comme le dépistage d’un syndrome métabolique régulier (**tableau 1**).

La trichotillomanie, l’onychophagie, les excoriations cutanées

La trichotillomanie est définie dans le DSM-V comme un arrachage récurrent des cheveux, malgré les efforts pour diminuer ou arrêter le comportement [3]. Ce comportement provoque une détresse significative ou une altération fonctionnelle et ne peut être expliqué par un autre trouble mental, une utilisation de substances ou un état pathologique, c’est-à-dire un processus pathologique dermatologique. La trichotillomanie est reconnue comme un trouble du comportement répétitif centré sur le corps selon DSM-V, tout comme l’onychophagie et les excoriations cutanées [3]. Sur le plan pharmacologique, on retrouve des essais avec les ISRS (sertraline, fluoxétine), les tricycliques (clomipramine) et parfois d’autres molécules comme la N-Acétylcystéine (2 400 mg/j) et la mémantine associés aux ISRS [7]. Une méta-analyse, datant de 2020, sur les essais contrôlés randomisés dans les traitements de la trichotillomanie préconisait l’utilisation de la psychothérapie type TCC en première intention. Pour les médicaments, elle préconisait la clomipramine, la N-Acétylcystéine et l’olanzapine, tout en soulignant que les études sont peu

nombreuses pour conclure définitivement et que ces traitements ont des effets secondaires importants [8].

Les troubles fonctionnels cutanés et muqueux

Ils appartiennent à la catégorie des troubles à symptomatologie somatique dans le DSM V [3] alors que dans le DSM IV, ils étaient classés dans les troubles somatoformes [9]. Le trouble fonctionnel prurigineux et les douleurs cutanéomuqueuses (glossodynies et vulvodynies) font partie du registre “Troubles à symptomatologie somatique avec douleur prédominante et évoluant de manière chronique”, car, le plus souvent, la durée des symptômes est supérieure à 6 mois. Le prurit est une sensation désagréable généralisée ou localisée, associée au besoin ou à l’idée de se gratter. Le trouble fonctionnel prurigineux se définit comme un prurit qui est au centre de la symptomatologie et dans lequel des facteurs psychologiques jouent un rôle important dans sa genèse, son intensité, son aggravation ou sa persistance [10, 11].

Au cours de la glossodynie, des douleurs ou des paresthésies sans lésions visibles associées sont localisées à la langue. Elles peuvent parfois s’étendre au palais, aux lèvres, aux joues et aux gencives; on parle alors de stomatodynie. Enfin, les vulvodynies sont le plus souvent caractérisées par des douleurs persistantes de la région vulvaire à type de brûlure. Ces sensations peuvent s’étendre à tout le périnée et en particu-

L'ACNÉ PEUT MARQUER À VIE

AKNE+EMMA
#POURLAVIE



EPIDUO® 0,3% / 2,5%, gel adapalène / peroxyde de benzoyle



Flacon 30 g

Flacon 45 g

Lorsque l'ensemble du visage est atteint par de nombreuses papulopustules, un bénéfice clinique plus élevé a été observé chez les patients traités avec EPIDUO 0,3% / 2,5% gel par rapport au traitement de référence (EPIDUO 0,1% / 2,5% gel). Le prescripteur peut choisir entre les deux dosages en fonction de l'atteinte et de la gravité clinique du patient. Un dosage plus faible d'EPIDUO est disponible (EPIDUO 0,1% / 2,5% gel) et ce dosage doit être envisagé chez les patients atteints d'acné vulgaire modérée.

L'utilisation d'EPIDUO 0,3% / 2,5% gel n'est pas recommandée chez les patients atteints d'acné nodulaire sévère ou d'acné nodulo-kystique en raison du risque de réponse thérapeutique insuffisante.¹

La combinaison peroxyde de benzoyle + rétinoïde local est recommandée pour le traitement des acnés légères (grade 2), moyennes (grade 3) associée ou non à une cycline per os, et sévères (grade 4) en association avec une cycline per os.²

1. Résumé des caractéristiques du produit • 2. Recommandations de bonne pratique de prise en charge de l'acné : "Traitement de l'acné par voie locale et générale" élaborées par la SFD et labélisées par la HAS le 10 juin 2015

Pour une information complète, consultez le RCP du produit sur la base de données publique des médicaments <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr>

Liste I • Non remb. Séc Soc. • Non agréé coll.

GALDERMA

©S. LEMES DU 310 Date d'élaboration : Mars 2024 - N° ANSM : 24/04/64950392/PW/001 - EP1217F - © 2024 Galderma - Tous les droits sont réservés

Le dossier – Peau et psy

DCI	Posologies	Effets secondaires
Sertraline (ISRS)	50 à 200 mg/j	Nausées, douleurs abdominales en début de traitement, sueurs
Fluoxétine (ISRS)	10 à 60 mg/j	Demi-vie longue (14 j), Nausées, douleurs abdominales en début de traitement
Escitalopram (ISRS)	5 à 20 mg/J	Nausées, douleurs abdominales en début de traitement, allongement QTc
Duloxétine (IRSNA)	30 à 120 mg/j	Prise de poids, sevrage difficile ++
Mirtazapine (antagoniste alpha 2)	15 à 45 mg/j	Prise de poids, sédation
Amitriptyline (tricyclique)	5 à 25 mg/j	Prise de poids, sédation, effets anticholinergiques
Clomipramine (tricyclique)	50 à 150 mg/j	Prise de poids, sédation, effets anticholinergiques

ISRS : Inhibiteur spécifique de la recapture de la sérotonine, IRSNA : Inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline

Tableau II : Les principaux antidépresseurs.

lier à l'anus [10]. Sur le plan médicamenteux (**tableau II**), les antidépresseurs, tels que les ISRS (sertraline, paroxétine, fluoxétine, escitalopram), les IRSNA (duloxétine) et les antagonistes alpha-2 (mirtazapine) sont utilisés. Ils sont aussi efficaces dans les prurits non psychogènes [12]. La duloxétine a l'AMM dans les douleurs neuropathiques. La mirtazapine (à prendre au coucher) est préconisée dans les prurits "nocturnes" car c'est un antidépresseur sédatif qui aide à l'endormissement. On utilise aussi parfois des anxiolytiques comme l'hydroxyzine. Son avantage est de ne pas créer de dépendance mais il peut allonger le QTc et être trop sédatif pour les patients, ce qui limite parfois son utilisation. Dans les glossodynies, une revue de la littérature récente a montré que les psychothérapies type TCC sont efficaces. Sur le plan médicamenteux, le clonazépam (0,5 à 2 mg/j) et la capsaïcine disposaient des meilleures preuves d'efficacité. Néanmoins, la primo-prescription du clonazépam est réservée aux neurologues ou aux pédiatres. Les antidépresseurs et les antiépileptiques sont souvent prescrits car efficaces dans les douleurs chroniques et sur les troubles psychiatriques comorbides mais nécessitent d'être mieux étudiés dans cette indication [13].

Enfin, le traitement des vulvodynies passe par une prise en charge multimodale (rééducation, activités physiques, TENS, psychothérapies type TCC ou hypnose). La lidocaïne 5 % en crème associée à un antidépresseur tricyclique (désipramine, non disponible en France, pouvant être remplacée par l'amitriptyline ou l'imipramine) ainsi que le diazépam en suppositoire (non disponible en France) combiné au TENS ont démontré une efficacité [14].

Trouble de dysmorphie corporelle

Il est classé dans le DSM-V parmi les troubles obsessionnels et compulsifs (TOC) et apparentés, et qualifié d'"obsession d'une dysmorphie corporelle" en raison de la nature compulsive du trouble et de l'existence de comportements ou

d'actes mentaux répétitifs [3, 15]. Ces préoccupations sur le corps sont intrusives, non désirées et chronophages (prenant en moyenne 3 à 8 heures par jour). Elles peuvent concerner tout le corps ou partie (nez, cuir chevelu, sphère génitale, par exemple). La prévalence de ce trouble est élevée chez les patients atteints d'acné, de psoriasis ou de vitiligo (9 à 15 % contre 2 % dans la population générale), avec une fréquence accrue des comorbidités psychiatriques, telles que la dépression, les troubles anxieux ou les troubles de la personnalité [16]. (**tableau III**). Encore une fois, les psychothérapies type TCC sont préconisées. Les antidépresseurs type ISRS, IRSNA et tricycliques sont efficaces dans les TOC. Il est parfois nécessaire de prescrire des posologies plus élevées que dans la dépression (ex: fluoxétine 60 mg/j) et le temps entre deux augmentations de posologie est plus élevé que dans la dépression (8 à 12 semaines dans le TOC vs 4 à 6 semaines dans la dépression).

Conclusion

La prescription de psychotropes est courante au cours de la consultation de dermatologie car les dermatologues sont souvent les premiers interlocuteurs dans les troubles psychodermatologiques primaires. Néanmoins, cette prescription n'est jamais anodine et elle est loin d'avoir fait ses preuves en pratique. Une prise en charge multidisciplinaire est souvent préconisée. L'idéal est de pouvoir adresser les patients à des consultations de psychodermatologie mais il est également possible et utile d'orienter les patients vers un psychologue ou un

DCI	Posologies	Effets secondaires
Clonazépam (BZD)	0,5 mg à 2 mg/j	Sédation, dépendance, accoutumance
Hydroxyzine	25 à 100 mg/j	Sédation, prise de poids, allongement QTc
Duloxétine	30 à 120 mg/j	Prise de poids, sevrage difficile ++

BZD : Benzodiazépine

Tableau III : Les principaux anxiolytiques.

psychiatre en informant le patient que la psychothérapie est, dans de nombreuses situations, le traitement de première intention le plus efficace.

BIBLIOGRAPHIE

1. TURK T, DYTOC M, YOUNGSON E *et al.* Estimated frequency of psychodermatologic conditions in Alberta, Canada. *J Cutan Med Surg*, 2021;30-37.
2. TURK T, LIU C, FUJIWARA E *et al.* Pharmacological interventions for primary psychodermatologic disorders: an evidence mapping and appraisal of randomized controlled trials. *J Cutan Med Surg*, 2023;27:140-149.
3. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition, Text Revision (DSM-5-TR). American Psychiatric Association Publishing, Washington DC, 2022:367-370.
4. KEMPERMAN PMJH, BRUIJN TVM, VULINK NCC *et al.* Drug-induced delusional infestation. *Acta Derm Venereol*, 2022; 102:adv00663.
5. LU JD, GOTESMAN RD, VARGHESE S *et al.* Treatments for primary delusional infestation: systematic review. *JMIR Dermatol*, 2022;5:e34323.
6. WEBER MB, RECUERO JK, ALMEIDA CS. Use of psychiatric drugs in Dermatology. *An Bras Dermatol*, 2020;95:133-143.
7. SHENOI S, SOMAN S, MUNOLI R *et al.* Update on pharmacotherapy in psychodermatological disorders. Indian Farhat LC, Olfson E, Nasir M *et al.* Pharmacological and behavioral treatment for trichotillomania: An updated systematic review with meta-analysis. *Depress Anxiety*, 2020;37:715-727.
8. DSM-IV-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Paris: Masson; 2003.
9. CONSOLI SG, CHASTAING M, MISERY L. Psychiatrie et dermatologie. *EMC - Dermatol*, 2010;5:1-18.
10. ROQUE FERREIRA B, MISERY L. Characteristics of psychogenic pruritus or functional itch disorder: A Controlled Study. *Acta Derm Venereol*, 2024;104:adv41352.
11. PATEL P, PATEL K, PANDHER K *et al.* The role of psychiatric, analgesic, and antiepileptic medications in chronic pruritus. *Cureus* [Internet]. 17 août 2021 [cité 8 déc 2024]; Disponible sur: <https://www.cureus.com/articles/66068-the-role-of-psychiatric-analgesic-and-antiepileptic-medications-in-chronic-pruritus>
12. TAN HL, SMITH JG, HOFFMANN J *et al.* A systematic review of treatment for patients with burning mouth syndrome. *Cephalalgia*, 2022;42:128-61.
13. SCHLAEGER JM, GLAYZER JE, VILLEGAS-DOWNS M *et al.* Evaluation and treatment of vulvodynia: state of the science. *J Midwifery Womens Health*, 2023;68:9-34.
14. CONSOLI SG, CHASTAING M, MISERY L. Psychiatrie et dermatologie. *EMC - Dermatol*, 2010;5:1-18.
15. LI V, FRASIER K, WOOLHISER E *et al.* Exploring the Intersection of Body Dysmorphic Disorder (BDD) and Dermatological Conditions: A Narrative Review. *Dermatol Ther*, 2024;14:2693-708.

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



réalités
Thérapeutiques en DERMATO-VÉNÉROLOGIE

Réalités Thérapeutiques en Dermato-Vénérologie
vous invite à la retransmission de la webconférence **EN DIRECT**

Jeudi 27 mars 2025 de 13h00 à 13h30

le thème:
Actualités post-congrès sur les dermatoses inflammatoires rares
Avec la participation du Dr Ines ZARAA - Paris

Inscrivez-vous

REVUES GÉNÉRALES

Les troubles dermatologiques des yeux et des cils

Acné du tronc

Différents cliniques de mastocytose : savoir les évoquer



10 FÉVRIER 2025

Acné du tronc

Acné est un motif fréquent de consultation en dermatologie. Elle affecte le plus souvent le visage mais peut également toucher le tronc. Peu de données sont disponibles concernant la prévalence de l'acné du tronc, son évaluation, l'impact sur la qualité de vie et les recommandations de prise en charge.

Cet article présente une synthèse des données récentes sur l'acné du tronc et la nouvelle échelle d'évaluation TRASS proposée par le GGA pour aider à la prise en charge.



14 FÉVRIER 2025

Principales pathologies en proctologie que le dermatologue doit connaître

C'est la panique quand le patient vous demande de regarder cette lésion qui est apparue au niveau de l'anus ! Mais une démarche clinique rigoureuse et systématique permet de s'y retrouver. Tout d'abord, il faut distinguer les pathologies purement proctologiques (hémorroïdaires et suppuratives), des maladies dermatologiques, vénériennes (en réévaluation actualisée). Une attention particulière sera donnée aux lésions dues aux papillomavirus de type condyomes et lésions dysplasiques, dont la prise en charge particulière est codifiée. Enfin, le prurit anal qui est le plus souvent essentiel, fera rarement découvrir un lésion plan ou un lésion scléro-atrophique.



14 FÉVRIER 2025

Différentes formes cliniques de mastocytose : savoir les évoquer



13 FÉVRIER 2025

Vieillesse faciale prématuro : causes et mécanismes



réalités
Thérapeutiques en DERMATO-VÉNÉROLOGIE

vous invite à la retransmission d'une webconférence **EN DIRECT**