

QUESTIONS FLASH

Acné excoriée

N. FÉTON-DANOU

Hôpital Bichat, PARIS.

>>> **Qu'appelle-t-on acné excoriée ?** Il s'agit d'un comportement d'excoriation sur une acné sous-jacente, qui est un prétexte au geste. Cette acné peut être présente minime, ou avoir été. Ce geste d'excoriation s'autonomise débordant les zones concernées par l'acné, traque la moindre irrégularité de peau, est répétitif et de plus en plus destructeur. Les appellations sont diverses dans la littérature, et parler d'acné excoriée c'est en fait parler d'excoriations psychogènes, ou *skin picking disorder* dans la littérature anglo-saxonne.

>>> **L'acné excoriée touche plus souvent les femmes jeunes.** Dans l'ensemble des consultations en dermatologie, la prévalence des excoriations est de 2 à 5 %, avec un *sex ratio* d'environ 2/3 de femmes, 1/3 d'hommes. Quelques différences sont à noter chez les jeunes femmes : le geste n'est pas corrélé à la sévérité de l'acné, touche en premier lieu le visage et s'accompagne plus souvent de symptômes dépressifs [1]. Pensant parfois que c'est juste une mauvaise habitude, ou qu'elles ne guériront jamais, elles tardent à consulter.

>>> **Le geste d'excoriation** peut être impulsif, machinal, proche des tics, mais est plus généralement de nature compulsive, raisonné, ritualisé. Il est alors difficile à contrôler sans anxiété, mais la mentalisation est possible, ce qui est à la base des thérapies cognitives. Ces compulsions sont une réponse motrice aux pensées obsédantes, images intrusives qui accompagnent la peur d'un événement négatif pour le sujet ou son entourage aimé.

>>> **La nouvelle classification américaine du DSM-5** (diagnostic des maladies

mentales) place les excoriations dans le groupe : troubles obsessionnels compulsifs et troubles associés (*Obsessive-Compulsive and Related Disorders* [OCRD]) avec le trouble obsessionnel compulsif, la trichotillomanie (TTM), l'onychotillomanie, la dysmorphophobie. Ce regroupement souligne l'existence de caractéristiques communes psychobiologiques, thérapeutiques et la présence éventuelle d'une composante familiale (antécédents à rechercher).

>>> Dans ces excoriations psychogènes, **les personnalités dites anxieuses sont les plus fréquentes**, soit de type obsessionnel (où l'idée d'**ordre** domine le cours de la pensée et la façon d'agir), soit de type évitant (où la notion de **Crainte** domine). Ainsi, le désir de contrôle et l'anxiété sont deux traits communs présents chez ces patients. Il s'y associe une certaine instabilité émotionnelle et un évitement des relations sociales, primitif et/ou secondaire au retentissement des lésions.

>>> **Les recherches physiopathologiques** récentes mettent l'accent sur deux composantes cognitive et motrice, d'une part un dysfonctionnement de la régulation de l'émotion [2], d'autre part une perte de l'inhibition du comportement [3]. Chez tout sujet, le contrôle normal permet l'extinction de la peur et l'inhibition du comportement. Dans les excoriations, il y aurait perte de l'inhibition cognitive (donc persistance de la pensée obsédante) et répercussion sur la persistance du comportement moteur. Ceci (anomalies de la substance blanche du cortex cingulaire antérieur et orbitofrontal en neuro-imagerie) a déjà été rapporté au cours de la TTM, ce qui souligne des mécanismes communs et des chevauchements cliniques au sein du groupe OCDR.

>>> **Les comorbidités** sont dominées par les troubles de l'humeur (80 %),

et il ne faut pas oublier l'existence des formes masquées de dépression chez l'adolescent à type de préoccupations corporelles, excoriations, ou dépression d'infériorité souvent exprimée sur le plan esthétique.

>>> **Le traitement** est en premier lieu dermatologique, celui de l'éventuelle acné sous-jacente, des excoriations et des cicatrices. Ne pas oublier d'apprécier le geste (temps passé, ancienneté, etc.), l'observance des traitements antérieurs et le soutien de l'entourage. Proposer des alternatives au grattage (pression, massage, déplacement du geste). Souligner que les excoriations et/ou le trouble dépressif associé ne sont pas une contre-indication à l'isotrétinoïne si elle est justifiée. Le traitement actuel de référence du trouble psychique allie les antidépresseurs type inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine à dose souvent plus élevée que pour la dépression (par exemple fluoxétine de 20 à 60 mg/j, 2-3 mois voire à vie si rechutes fréquentes) et les thérapies comportementales cognitives [4]. Plus récemment, les thérapies dites d'ajustement au stress (*cognitive-coping therapy*) qui travaillent plus en amont du comportement, sur les peurs et obsessions idéatives, semblent plus efficaces (meilleures réponse et réadaptation sociale, moins de rechutes) [5].

>>> **Le dermatologue est souvent seul face au patient.** Il faut rechercher les pensées anxiogènes sur l'apparence corporelle, les craintes d'être ridicule, d'être jugé... tenter de mettre le patient en confiance en l'aidant à se traiter, en le valorisant et apprendre à prescrire des psychotropes (une étude du JAAD de 2013 [6] montre que 50 % des dermatologues font le diagnostic de maladie psycho-dermatologique mais seulement 10 % prescrivent des antidépresseurs, faute de formation suffisante).

QUESTIONS FLASH

Bibliographie

- ODLAUG BL, LUST K, SCHREIBER LR *et al.* Skin picking disorder in university students: health correlates and gender differences. *Gen Hosp Psychiatry*, 2013;35:168-173.
- ROBERTS S, O'CONNOR K, BÉLANGER C. Emotion regulation and other psychological models for body-focused repetitive behaviors. *Clin Psychol Rev*, 2013;33:745-762.
- GRANT JE, ODLAUG BL, HAMPSHIRE A *et al.* White matter abnormalities in skin picking disorder: a diffusion tensor imaging study. *Neuropsychopharmacology*, 2013;38:763-769.
- GRANT JE, ODLAUG BL, CHAMBERLAIN SR *et al.* Skin picking disorder. *Am J Psychiatry*, 2012;169:1143-1149.
- MA JD, WANG CH, LI HF *et al.* Cognitive-coping therapy for obsessive-compulsive disorder: a randomized controlled trial. *J Psychiatr Res*, 2013;47:1785-1790.
- GEE SN, ZAKHARY L, KEUTHEN N *et al.* A survey assessment of the recognition and treatment of psychocutaneous disorders in the outpatient dermatology setting: how prepared are we? *J Am Acad Dermatol*, 2013;68:47-52.

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

Qu'est-ce qu'une vulvodynie ?

M. MOYAL-BARRACCO
Hôpital Tarnier-Cochin, PARIS.

La vulvodynie affecte 3 à 7 % des femmes en âge de procréer et pourrait concerner 1 femme sur 4 à un moment de sa vie. Pourtant, cette maladie est souvent diagnostiquée tardivement, ce qui contribue à entretenir l'inquiétude des patientes ("j'ai mal et personne ne sait ce que j'ai") et à accroître l'impact psychosexuel de cette affection. La connaissance de la définition de la vulvodynie permet au médecin de nommer la maladie et de mettre ainsi un terme à une pénible errance diagnostique [1]. Cette étape est un préalable indispensable à l'approche

multidisciplinaire dont relève cette affection (émollients, médicaments de la douleur neuropathique, rééducation périnéale, accompagnement psychosexologique) [2, 3].

Définition

Selon l'ISSVD (*International Society for the Study of Vulvovaginal Disease*), la vulvodynie est "un inconfort vulvaire, le plus souvent à type de brûlures, sans lésion visible pertinente et sans maladie neurologique cliniquement identifiable" [4]. L'inspection à l'œil nu ou avec une lampe loupe permet d'éliminer une lésion visible pour peu que :
– la patiente soit examinée au bon moment (en période douloureuse, immédiatement au décours d'un rapport sexuel, s'il s'agit d'une douleur post-coïtale);
– la patiente soit invitée à désigner la zone douloureuse, ce qui permettra de mieux identifier une lésion discrète ou une lésion cachée (dans les poils ou dans un repli hyménéal par exemple).

En l'absence de lésion visible, il n'y a pas lieu de pratiquer une biopsie. Si le médecin "voit quelque chose", il faudra qu'il s'assure qu'il ne s'agit pas d'une variation physiologique (papilles vestibulaires, grains de Fordyce, érythème vulvaire physiologique) et, s'il y a des lésions, que celles-ci sont pertinentes, c'est-à-dire qu'elles expliquent bien les symptômes dont se plaint la patiente. Ainsi, un lichen scléreux sans érosions ne peut expliquer des brûlures vulvaires.

Classification

Toujours selon l'ISSVD, la vulvodynie peut être classée selon deux critères :
– la localisation : douleur diffuse ou localisée (vestibule, hémi-vulve, clitoris, etc.);
– le caractère spontané ou provoqué de la douleur.

En pratique

La vestibulodynie provoquée (par exemple vestibulite) est le type de vulvodynie le plus fréquent. Elle affecte des femmes jeunes, principalement entre 25 et 35 ans, qui se plaignent de brûlures au contact (vêtements, tampons, examen gynécologique, rapports sexuels qui peuvent devenir impossibles). Il y a eu souvent un "événement" inaugural physique (candidose, cystite, intervention chirurgicale dans la région) ou émotionnel. Des comorbidités douloureuses sont significativement retrouvées dans cette population (migraines, fibromyalgie, côlon irritable, syndrome de la vessie douloureuse, etc.).

Bibliographie

- MACLEAN AB, SIDDIQUI G. Terminology and diagnosis of vulval pain. *J Obstet Gynaecol*, 2013;33:651-654.
- MOYAL-BARRACCO M, LABAT JJ. Vulvodinia and chronic pelvic and perineal pain. *Prog Urol*, 2010;20:1019-1026.
- NUNNS D, MANDAL D, BYRNE M *et al.* British Society for the Study of Vulval Disease (BSSVD) Guideline Group. Guidelines for the management of vulvodinia. *Br J Dermatol*, 2010;162:1180-1185.
- MOYAL-BARRACCO M, LYNCH PJ. 2003 ISSVD terminology and classification of vulvodinia: a historical perspective. *J Reprod Med*, 2004;49:772-777.

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

Glossodynies

L. MISERY

Service de Dermatologie, CHU, BREST.

Les glossodynies sont des douleurs de la langue qui ne sont pas liées à un problème muqueux. Elles sont donc liées à un problème nerveux, au sens large du terme. Leur physiopathologie est discutée : neuropathie ? Dépression masquée ? Les deux ? Les douleurs ne sont pas tou-

jours restreintes à la langue, et on parle de stomatodynie si elles sont situées plus largement dans la bouche.

L'examen est normal ou ne montre pas de lésion pouvant expliquer ces douleurs, qui peuvent aussi être des sensations de brûlures ou de picotements. Elles augmentent d'intensité au cours de la journée, sont calmées par les repas et aggravées par le stress. Elles sont plus fréquentes chez la femme, surtout après la ménopause. Des troubles du goût (dysgueusie, agueusie) ou une sensation de bouche sèche peuvent être associés. L'intensité des symptômes peut aller d'une simple gêne à des douleurs insupportables et envahissantes. Causes ou conséquences, des symptômes anxieux et surtout dépressifs sont habituellement retrouvés. Si l'examen buccal est normal, le diagnostic différentiel ne peut se discuter qu'avec d'autres neuropathies (topographie évocatrice) ou avec le bruxisme (douleurs du bout de la langue et mouvements inconscients de l'appareil manducateur, surtout pendant le sommeil).

Le traitement des glossodynies est essentiellement représenté par la gabapentine (Neurontin) ou la prégabaline (Lyrica), le clonazépam (Rivotril, désormais réservé aux neurologues) ou les antidépresseurs tricycliques ou inhibiteurs de recapture de la sérotonine. Il doit être prolongé pendant au moins 6 mois. Une psychothérapie associée est souvent très utile.

Anorexie mentale et peau

L. MISERY

Service de Dermatologie, CHU, BREST.

L'anorexie mentale est un trouble des conduites alimentaires se caractérisant par un amaigrissement majeur, avec une peur intense de prendre du

poids, une altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, une influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, un déni de la gravité de la maigreur et une aménorrhée. Elle peut paradoxalement être associée à une boulimie et concerne essentiellement des adolescentes.

De nombreux signes cutanés [1] sont la conséquence de carences nutritionnelles (et/ou de troubles endocriniens) : lanugo, xérose, acrocyanose, acné (souvent excoriée), prurit *sine materia*, vergetures, purpura, acrodermatite, scorbut, pellagre, signes unguéaux, chute de cheveux, chéilite, gingivite, etc. Une diminution de la sensibilité à la douleur est fréquente. Certains signes peuvent faire évoquer des vomissements auto-induits répétés : hémorragies conjonctivales et purpura péri-oculaire, épaissement des orifices des glandes salivaires, callosités des doigts, plaies buccales ou des mains.

Des excoriations psychogènes sont souvent présentes, particulièrement dans un contexte d'abus sexuels présents ou passés.

La prise en charge de ces signes cutanés est difficile. Le dermatologue peut être consulté pour faire disparaître des lésions ou des symptômes gênants. Mais même s'il existe une demande, il reste difficile de proposer un traitement sans évoquer le diagnostic d'anorexie mentale ou tout au moins d'insuffisance de prise alimentaire. Lorsqu'elle est possible, une coordination avec une équipe spécialisée est souhaitable.

Pour en savoir plus

STRUMIA R. Eating disorders and the skin. Ed. Springer-Verlag, Berlin, 2013, 116 p.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans ces articles.

Addiction solaire

E. MAHÉ

Service de Dermatologie,
Hôpital Victor Dupouy, ARGENTEUIL.

La notion d'"addiction solaire" fait travailler l'imaginaire du dermatologue, notamment celui investi dans la prévention solaire. Aussitôt apparaissent ces personnes qui, dès qu'elles arrivent en vacances, s'exposent de façon excessive, quitte à "brûler" afin de mieux bronzer, aux dépens des risques bien connus, essentiellement de cancers. L'addiction solaire ne fait pas référence à cette exposition ponctuelle, récréative et excessive, mais à une véritable maladie comportementale, pouvant ruiner la vie de la victime, une ruine personnelle, familiale et professionnelle.

L'addiction au sens large – qui inclut les addictions aux toxiques (alcool, tabac, drogues) mais aussi les addictions comportementales telles que celles aux jeux de hasard, au sexe, aux jeux électroniques, ou aux expositions aux ultraviolets – a été définie par le psychiatre anglais Ariel Goodman, en 1990. Il s'agit du "*processus par lequel un comportement, pouvant permettre une production de plaisir et d'écartier ou atténuer une sensation de malaise interne, qui est employé d'une façon caractérisée par l'impossibilité répétée de contrôler ce comportement et sa poursuite en dépit de sa connaissance des conséquences négatives*". Cette définition mélange les notions de plaisir, de répétition/chronicité, de perte de contrôle et de liberté, transformant le plaisir en besoin, tout en ayant connaissance des risques encourus. L'addiction solaire correspond donc à une "*envie irrésistible de s'exposer aux ultraviolets*". Il serait probablement pertinent de parler d'**addiction aux ultraviolets** que d'addiction solaire ou de tanorexie.

QUESTIONS FLASH

Un processus lent

L'addiction solaire se construit, initialement, par un besoin de bronzage lequel par un processus progressif aboutit à l'addiction vraie aux ultraviolets. Le phénomène semble débiter dès l'adolescence par le sentiment de bien-être physique et psychologique apporté par le bronzage. S'y associent une sensation de beauté et un besoin de séduction. Pour que le processus d'addiction vraie se développe, un terrain prédisposant semble nécessaire : un terrain anxieux, une personnalité fragile, souvent narcissique, sujet à d'autres addictions, sportives voire toxiques (tabagisme essentiellement) à la recherche d'un "corps parfait". Le besoin de bronzer initial se transformera progressivement en un besoin irrépressible d'exposition aux ultraviolets. D'une exposition importante initiale, le comportement quotidien du patient deviendra conditionné par le contact aux ultraviolets du matin au soir, dans la vie personnelle, familiale et professionnelle.

Des endorphines aussi pour l'addiction solaire ?

Le besoin psychologique progressivement va se transformer en un besoin physique et "chimique". Les ultraviolets, physiologiquement relaxants, seraient responsables de la sécrétion d'endorphines dont l'addict deviendra dépendant. Plusieurs expériences ont comparé des patients addicts à des consommateurs irréguliers de cabines de bronzages. Les premiers savent reconnaître de la lumière blanche associée aux ultraviolets à de la lumière blanche sans ultraviolets, ce que ne peuvent différencier les seconds. L'injection d'antagonistes des morphiniques aux premiers est responsable de réels syndromes de sevrage ! Le besoin physique et psychologique se transforme progressivement en réelle dépendance physique.

Diagnostic d'addiction solaire

Si le diagnostic peut être "instinctif", des auteurs anglo-saxons ont proposé des critères diagnostiques simples reposant sur quatre questions. Il s'agit de la grille CAGE modifiée (mCAGE). Si le patient répond positivement à au moins deux des quatre questions, le diagnostic d'addiction solaire pourrait être retenu.

Grille mCAGE d'addiction solaire

- Est-il difficile pour vous de diminuer votre activité de bronzage ?
- Vous sentez-vous agacé lorsque l'on vous reproche votre activité de bronzage ?
- Vous sentez-vous coupable lorsque vous réalisez ce comportement de façon excessive ?
- Est-ce la première chose à laquelle vous pensez le matin en vous réveillant ?

Cette grille a été étudiée essentiellement dans une population à risque : les étudiants américains lors du traditionnel et festif *Spring Break*. Cette grille n'a pas été validée en France ni dans une population à faible prévalence d'addict(e)s solaires ou en population générale. À noter que, lors de la session du JIRD 2013, il a été demandé aux participants de s'évaluer avec cette grille : 3 dermatologues parmi toute l'assemblée ont répondu qu'ils correspondaient aux critères d'addiction solaire du mCAGE ! Ceci n'est évidemment pas une étude permettant la moindre conclusion de prévalence ou de validation du test en milieu dermatologique, mais est... informatif.

Il a été proposé de compléter ce test avec une grille DSM-IV d'addiction adaptée à l'exposition au soleil. Cette grille comporte sept questions. Une réponse positive à au moins trois questions définit l'addiction solaire. La concordance des deux tests – mCAGE + DSM-IV modifié – serait plus sensible et spécifique et devrait probablement être retenue dans des études ultérieures.

Est-ce fréquent ?

La fréquence a été essentiellement évaluée chez les jeunes Américains adeptes des *Spring Breaks* et toucherait plus de 10 % d'entre eux. Aucune étude n'est disponible en France sur ce sujet. Néanmoins, ce chiffre de 10 % ne semble pas correspondre à la fréquence de cette addiction dans notre pays, qui semble pour l'instant relativement épargné. Le profil de l'addict au soleil défini par les Américains est la femme, jeune (26-54 ans), de phototype III-IV, à la recherche d'un corps "parfait" (sportifs), de "sensations" fortes (sports extrêmes par exemple), à niveau socio-économique haut, avec influence familiale. Il est intéressant de noter que ce profil correspond sensiblement à celui des consommateurs de cabines de bronzage, notamment en France.

Il peut exister une réelle angoisse quand à une épidémie française à venir. Le processus de développement psychologique de cette addiction commence à être bien compris. La mise à disposition croissante en France des cabines de bronzage – avec actuellement plus de 18 000 cabines déclarées dans des centres de bronzage, cabinets d'esthéticiennes et autres spa ou hôtels – peut faire craindre une augmentation de ces comportements dans les prochaines décennies par mise à disposition des moyens de cette addiction.

Comment traiter l'addiction solaire ?

Aucune étude n'est disponible permettant de préciser les modalités optimales de prise en charge de ces patients. Les solutions proposées se réfèrent aux expériences des psychiatres dans d'autres addictions comportementales. La prise en charge par le dermatologue "lambda" semble vouée à l'échec. Une prise en charge psychiatrique ou par un dermatopsychologue semble

nécessaire. Une aide médicamenteuse (anxiolytiques) peut être utile chez ces patients. L'utilisation de technique de bronzage artificiel (douches autobronzantes par exemple) peut être un outil utile à ces patients dans un premier temps.

L'addiction solaire paraît donc une vraie maladie polluant le quotidien du patient et favorisée par un terrain anxieux, fragile. La fréquence en France semble pour l'instant anecdotique, mais la disponibilité croissante de centres de bronzage peut faire craindre une épidémie pour les décennies à venir

Pour en savoir plus

PETTIT A. Bronzage et addiction. *Ann Dermatol Venereol*, 2012;139:87-90.
 MOSHER CE, DANOFF-BURG S. Addiction to indoor tanning. *Arch Dermatol*, 2010;146:412-417.
 BENMARHANIA T, LÉON C, BECK F. Exposure to indoor tanning in France: a population based study. *BMC Dermatol*, 2013;13:6.
 PETTIT A. Le comportement solaire addictif. In : BONNET-BIDEAU JM, MOUREAUX P, PETTIT A, Froment A, éditeurs. *Le soleil dans la peau*. Robert Laffont : 2002. p. 173-202.
 ORY P. *L'invention du bronzage*. Éditions Complexe : 2008.

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

La qualité de vie en dermatologie doit-elle orienter nos prescriptions ?

S.G. CONSOLI
PARIS.

La qualité de vie est un concept subjectif. Elle explore la sévérité perçue par un malade et/ou son entourage d'une maladie dermatologique. Sa prise en compte dans la décision thérapeutique lors d'une maladie derma-

tologique chronique est une avancée : la parole est donnée au malade, ce dernier est associé à la prise de décision thérapeutique, le risque de non observance – comme le coût financier de la maladie – est diminué.

Cependant, la démarche pour apprécier la qualité de vie est délicate, et elle rencontre plusieurs écueils :

- mettre seulement sur le compte de la maladie dermatologique une mauvaise qualité de vie ;
- utiliser seulement des échelles de qualité de vie auto-administrées pour l'apprécier (génériques et spécifiques) ;
- négliger, dans son altération, le rôle d'autres facteurs qui peuvent être traités ou améliorés : fragilité narcissique, absence de support social, conflit personnel, dépression, etc. ;
- surtraiter et engager le malade dans des traitements de plus en plus lourds du point de vue du suivi, comme des possibles effets secondaires ;
- favoriser l'intolérance à la moindre imperfection, différence.

Pour lutter contre ces écueils, il faut se rappeler que les échelles de qualité de vie, qui tentent d'objectiver, de quantifier un vécu subjectif, sont des outils imparfaits. Tout vécu subjectif comporte une part plus ou moins inconsciente qui influe sur ce vécu. Les résultats de ces échelles doivent donc être discutés avec le malade (par exemple en notant l'écart éventuel entre des résultats indiquant une mauvaise qualité de vie et l'appréciation par le médecin de la maladie en cause) et associés à un ou plusieurs entretiens cliniques.

En effet, dans la prise de décision thérapeutique, l'appréciation de la qualité de vie est indispensable, mais cette appréciation ne peut pas faire l'impasse sur les entretiens cliniques qui peuvent d'ailleurs être facilités et initiés par la discussion autour des résultats des échelles de qualité de vie.

Ces entretiens sont centrés sur la personne du malade, sa réalité externe (vie socioprofessionnelle, amicale, affective et sexuelle) ainsi que sur sa réalité psychique (l'image qu'il a de lui-même, la force de son estime de soi, l'importance qu'il accorde au regard des autres sur lui, etc.). Au cours de ces entretiens, le médecin peut mieux connaître son malade et aider ce dernier à mieux se connaître. Ainsi il sera plus aisé, pour les deux partenaires de la relation médecin-malade, de repérer ce qui peut altérer la qualité de vie du malade en général et entraver le traitement dermatologique local et/ou général (par exemple un travail en contact avec le public ou un célibat difficile à supporter).

C'est dans ces conditions, alors qu'un véritable dialogue sera ouvert et un temps de réflexion aménagé, que la décision thérapeutique pourra être prise de la manière la plus appropriée – quitte à ce qu'il s'agisse d'une abstention thérapeutique – en tenant donc compte à la fois de la gravité de la maladie dermatologique appréciée par le médecin et du vécu subjectif par le malade de cette maladie. C'est également dans ces conditions que l'adhésion thérapeutique pourra être la meilleure.

Pour en savoir plus

BEGON E, HALIOUA B, KEMULA M. Prise en charge du psoriasis en pratique de ville: les neuf questions que nous nous posons le plus souvent. *Réalités Thérapeutiques en Dermatologie-Vénérologie*, 2013;225:35-40.

Adressage à un psychiatre ou à un psychologue : quand ? Comment ?

S.G. CONSOLI
PARIS.

Pour beaucoup de dermatologues, adresser à un psychiatre ou même à un psychologue reste une démarche ris-

QUESTIONS FLASH

quée, vouée à l'échec, voire une mission impossible.

Les raisons de l'appréciation pessimiste d'une telle démarche sont certes multiples. Cependant, les raisons principales concernent ce qu'une telle démarche mobilise chez le malade et son entourage, le dermatologue et le psychiatre ou le psychologue (ces derniers, en particulier quand ils ne sont pas formés à rencontrer des malades souffrant d'une maladie somatique) : idées reçues, croyances, représentations ("les psychiatres sont plus fous que leurs malades"), peurs et autres sentiments ("je vais divorcer si je m'engage dans une psychothérapie").

Un tel vécu peut se dévoiler quand un dermatologue s'aperçoit que, un jour, il n'a pas de correspondant, psychiatre par exemple. Avant de répondre aux deux questions posées (adresser au psychiatre ou au psychologue : quand ? Comment ?), il est donc important, pour la réussite de cette démarche, de savoir à qui adresser. Il va s'agir d'un psychiatre généraliste le plus souvent – obligatoirement si une prescription médicamenteuse s'impose – ou d'un psychologue, dans le privé ou dans le secteur public sectorisé ou non (tous les actes y compris ceux des psychologues seront alors pris en charge par l'Assurance Maladie) mais surtout un praticien (ou une équipe) dont on connaît les orientations théoriques et thérapeutiques, que l'on apprécie et avec lequel on s'est mis en relation (en écrivant ou en téléphonant).

L'adressage aura d'autant plus de chance de réussir que le malade aura eu confiance dans la démarche diagnostique et thérapeutique dermatologique. C'est dire combien il convient avant tout de rester dermatologue et de s'abstenir, par exemple, de donner un sens psychologique à un symptôme cutané.

On distingue plusieurs situations cliniques au cours desquelles un adressage peut être envisagé et qui nécessitent des façons de faire et d'être différentes de la part du dermatologue :

- une maladie dermatologique primitive (psoriasis, dermatite atopique...).
- On peut parler du retentissement de la maladie sur le malade, sur sa vie, de son image de soi et de son estime de soi, de l'importance qu'il accorde au regard des autres sur lui ;
- un trouble mental primitif (trichotillomanie, peur d'une dysmorphie corporelle, délire d'infestation parasitaire...).
- On peut parler d'une éventuelle dépression associée ;
- un symptôme médicalement inexplicable (vulvodynie, prurit...). On peut évoquer la complexité de la maladie et la nécessité de tenir compte de tous les mécanismes en jeu.

Les buts de la démarche d'adressage peuvent être variés :

- obtenir un avis (dépression ou trouble de l'adaptation ?) ;
- mettre en place un suivi médicamenteux et/ou psychothérapeutique complémentaire. On peut dire qu'on a soi-même, le dermatologue, besoin que le malade soit suivi tant la maladie est complexe ;
- organiser un relais pour passer la main dans un temps plus ou moins long. On peut passer un "contrat" avec le malade : "On va commencer une épilation si vous commencez un suivi psychologique", par exemple, en cas de dysmorphophobie.

Adresser à un psychiatre ou à un psychologue demande du temps mais on peut utiliser la répétition des consultations en cas de maladie chronique, et de toutes les façons il faut être attentif au tempo du malade et à celui de la relation médecin-malade. Trois étapes doivent être respectées :

- identifier une souffrance psychologique même si elle n'est pas encore reconnue par le malade ;

- proposer une aide psychologique en valorisant cette démarche et en étant pédagogue ;
- accompagner la démarche du malade sans être intrusif.

Pour réussir, cette démarche a besoin d'un dermatologue disponible qui est persuadé que prendre en compte la souffrance psychologique fait partie de la dermatologie, prêt à accueillir cette souffrance quelle que soit sa façon de s'exprimer, attentif à ce qu'une telle démarche déclenche en lui-même comme sentiments et pensées. Ce dermatologue doit aussi avoir un correspondant et être prêt, quand cette démarche échoue, à réfléchir à ce qu'il peut améliorer et donc à recommencer. Bref, un dermatologue qui sait qu'il peut se former dans ce domaine de la dermatologie.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans ces articles.

Le syndrome d'Ekbom

M. CHASTAING
BREST.

Il s'agit d'une **pathologie psychiatrique** qui s'extériorise par une plainte dermatologique, ce qui conduit les patients à consulter en dermatologie et non pas en psychiatrie. Identifiée depuis la fin du XIX^e siècle, cette entité clinique spécifique a reçu des appellations variées avant d'être bien caractérisée comme un **délire d'infestation cutanée** (parasitose délirante) et différenciée des troubles phobiques (parasitophobie) par Ekbom, psychiatre suédois qui lui a donné son nom en 1938.

Ce délire survient le plus souvent chez une femme d'une soixantaine d'années, sans véritable antécédent psychiatrique, isolée sur le plan socio-affectif. On retrouve une **personnalité**

prémorbide dite sensitive : il s'agit de sujets sensibles, timides, susceptibles, avec une tendance à la dévalorisation, à la dépression, peu à l'aise dans la relation à l'autre et vivant souvent les relations de manière persécutive ; il s'agit aussi parfois de femmes soigneuses, actives, redoutant la saleté, la poussière.

Le début des troubles est brutal avec fréquemment un **événement déclenchant** : problème de santé, déménagement, cessation d'activité, etc.

À la phase d'état, le tableau classique est celui d'un délire paranoïaque (hypochondrie délirante) avec **une conviction délirante monothématique et inébranlable d'être infesté par des bêtes**, des parasites décrits de manière très précise (taille, forme, couleur, détails sur leur cycle évolutif, etc.). Le patient apporte des "preuves" : petite boîte avec squames, fourmis, miettes, laine... Il les appelle d'un nom particulier ou les qualifie de mites, vermine... Le délire se caractérise par des **hallucinations cénes-thésiques, tactiles** : sensations de piquûre, de mouvement, de grouillement... ou des interprétations (d'un prurit). Il est organisé en secteur.

L'adhésion est totale et les réactions souvent importantes : gestes auto-agressifs visant à éradiquer le parasite (comportements excessifs de nettoyage, grattages, tentatives d'extraction du parasite qui entraînent des cicatrices), revendications multiples, plaintes sur l'incompétence du médecin, sollicitation des autorités locales pour désinfection, sacrifice du linge, de la literie, des animaux domestiques, isolement social (idée d'être contagieuse), etc. On retrouve un vécu d'**angoisse**, des **insomnies**, des **troubles dépressifs**. Des **perturbations sensorielles sont souvent associées** : déficits visuels, auditifs à l'origine d'un isolement sensoriel pénible. Parfois les proches adhèrent au délire.

L'évolution est généralement **chronique** avec une adaptation sociale relative ; il existe de rares rémissions transitoires mais parfois aussi des suicides.

Après avoir **écarté une pathologie générale** (rénale, hépatique, diabète, lymphome), on éliminera d'autres diagnostics : un **prurit sénile ou psychogène**, une **névrose phobique** (phobie des parasites) une **névrose obsessionnelle** devant l'importance des soins corporels et des activités de nettoyage (rituels), une **psychose toxique** (amphétamines...), d'**autres délires, un état démentiel**.

Quelques principes sont à retenir pour la **prise en charge de ces patients** : écouter et prendre au sérieux les plaintes, ne pas nier ni acquiescer au délire, ne pas chercher à démontrer rationnellement que leur jugement est erroné, ne pas chercher à convaincre, ne pas mentir mais ne pas aborder de front ce patient qui devient alors hostile car il n'a pas conscience du caractère morbide de son état, éviter les gestes invasifs qui peuvent alimenter le délire.

La principale difficulté est d'amener le patient qui refuse souvent de consulter un psychiatre, à prendre un **traitement psychotrope**. Le traitement psychotrope (rispéridone [Risperdal] 1 à 4 mg/j, ou olanzapine [Zyprexa] 5 mg 1cp/j, ou pimozide [Orap] 1 à 4 mg/j) sera mieux suivi s'il est prescrit par un dermatologue attentif à soutenir psychologiquement le patient et qui ne négligera pas le traitement dermatologique local.

Pour en savoir plus

BOURGOIS ML. Les délires d'infestation cutanée parasitaires. Syndrome d'Ekbom. *Ann Med Psychol* (Paris), 2011;169:143-148.

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

Compliance : comment convaincre ?

M. SCHOLLHAMMER
BREST.

"Dans toutes les maladies, la présence d'esprit et la bonne volonté à prendre ce qui est administré annoncent un avenir heureux : le contraire est un mauvais signe." pointait déjà Hippocrate. Le terme d'adhésion thérapeutique qui met l'accent sur la participation du patient est actuellement préféré au terme de compliance lequel, comme le verbe convaincre, évoque un "rapport de force" entre le médecin et son patient. L'observance se réfère aussi à la notion d'obéissance du malade au médecin en position de savoir dans une relation médecin-malade de type paternaliste. Ce modèle est mis en échec par de nombreuses études démontrant l'incidence très élevée de la mauvaise adhésion thérapeutique dans la maladie chronique.

La prise en charge de la maladie chronique est une médecine solitaire, une médecine de la durée, émaillée de tâtonnements, de rechutes, d'usure, une médecine aux gratifications limitées, aux échecs culpabilisants. La chronicité pose les questions de la préservation de la qualité de vie, du retentissement psychique de la maladie et de la non adhésion.

C'est pourquoi l'alliance thérapeutique, longtemps réservée au cadre de la psychothérapie et de la relation d'aide, est maintenant envisagée dans la prise en charge des pathologies somatiques chroniques. Elle implique un temps consacré à l'écoute. Celui-ci est primordial et souvent insuffisant chez les médecins surtout motivés à vouloir informer, convaincre leur patient. C'est un préalable nécessaire à la réassurance, aux explications et la prescrip-

QUESTIONS FLASH

tion. Dans cette alliance thérapeutique, le médecin écoute attentivement les plaintes qui reflètent le vécu émotionnel de la maladie, les désirs, les résistances, les croyances et les représentations du patient. Le médecin prend en compte l'entourage, les conditions de vie du patient. Il s'étonne, s'interroge, apprend de son patient. Par l'échange entre le médecin (et sa compétence) et le patient (et sa compétence) se crée une relation constructive où le changement est possible.

Dans cette conception, le médecin veille à ce que l'objectif thérapeutique soit atteignable : avec le patient, ils s'accordent ensemble sur de "petits" objectifs. Le médecin garde une vision positive du patient : il accepte les "pas de côtés", les résistances et le conflit qui peuvent contribuer au changement. Il propose et prévoit de revoir le patient.

L'alliance thérapeutique offre au patient le sentiment d'être écouté, pris en considération, compris, soutenu, encouragé et aidé par son médecin ; elle offre au médecin le sentiment de pouvoir comprendre, d'éprouver de la sympathie et d'aider son patient.

Dans la maladie chronique, ce qui annonce un avenir heureux pour paraphraser Hippocrate, ce n'est pas tant un médecin qui cherche à convaincre son patient qu'un médecin et un malade qui cherchent à "s'accorder" dans le but d'une meilleure adhésion au traitement.

Pour en savoir plus

CHASTAING M, MISERY L, SCHOLLHAMMER M. À propos de l'adhésion au traitement dans les dermatoses chroniques. *Revue de Médecine Interne*, 2011;32:314-318.

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

Gestion des patients anxieux au cabinet : quelques règles pratiques

S.M. CONSOLI^{1, 2}

¹Unité fonctionnelle de Psychologie et Psychiatrie de Liaison, Hôpital européen Georges-Pompidou, PARIS.

²Université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité, PARIS.

L'anxiété participe du vécu subjectif de la maladie (illness vs disease)

- Exemple d'un épithélioma basocellulaire "banal" perçu comme un drame.
- Savoir être empathique, entendre et légitimer l'anxiété du patient avant de tenter de le rassurer par des explications médicales.
- Pas de "règle standard" dans l'aide à la gestion de l'incertitude mais... :
 - chez un obsessionnel : aider à anticiper et à garder le contrôle ;
 - chez un phobique : ne pas renforcer la tendance à l'évitement en confrontant à trop d'émotions ;
 - chez un histrionique ou dépendant : user, sans abuser, de la réassurance et de la suggestion :

– chez un paranoïaque : rester loyal, pas d'humour déplacé, ne pas se croire plus malin.

Réaction anxieuse aiguë avec malaise vagal

- Lipothymie ou syncope liée à une réaction vaso-vagale (bradycardie et/ou hypotension) lors d'une réaction émotionnelle intense à une stimulation douloureuse (injection, biopsie, pansement douloureux) ou par anticipation, à la vue de l'aiguille ou de la seringue (phobie spécifique).
- APRÈS : allonger, relever les jambes, ECG++ (rechercher un trouble du rythme)...
- AVANT : interrogatoire, EMLA, voire Kalinox, diazépam (Valium 10) ou hydroxyzine (Atarax 100) une heure avant.
- Présence d'un tiers utile...
- Ne pas confondre avec le syndrome d'hyperventilation (signes sensorimoteurs – respirer dans un sac...) et avec la survenue d'une attaque de panique (également SANS déclencheur) : tranquillisants comme traitement curatif (attention...) – ATDP et/ou TCC comme traitement préventif.

Un QCM comme aide-mémoire

Laquelle ou lesquelles de ces propositions est/sont exacte(s) ?		
1	Il est recommandé de prescrire un anxiolytique à un de vos patients qui a présenté une attaque de panique lors de son RV de consultation avec vous.	?
2	Avant de prescrire un anxiolytique, il vous faut vérifier que votre patient n'a ni myasthénie ni syndrome d'apnées du sommeil.	?
3	Plus votre patient est impulsif, plus il peut être judicieux de lui prescrire une benzodiazépine.	?
4	L'existence d'une anxiété associée peut masquer le ralentissement habituel d'un patient déprimé.	?
5	La prescription d'un examen complémentaire a toujours un rôle apaisant chez un patient dont l'anxiété de type hypochondriaque altère profondément la vie quotidienne.	?

L'anxiété relative à la santé (ou hypocondrie)

- Associée ou non à des symptômes somatiques dits "fonctionnels".
- La présence d'une maladie physique n'exclut pas le diagnostic.
- Ne pas négliger la fonction de "déplacement" de l'angoisse.
- Examiner rassure.
- Céder à la tentation d'un nouvel examen complémentaire finit par renforcer l'anxiété.
- Éviter de dire au patient qu'"il n'a rien".
- Recourir, si possible, à des explications physiologiques (assèchement de la peau avec l'âge, dans le prurit *sine materia*).
- Pas de relais intempestif auprès d'un "psy" sans poursuite d'un suivi dermatologique.

Quels anxiolytiques ?

- Benzodiazépines :
 - attention à la potentialisation par l'alcool, de nombreux antalgiques, les antihistaminiques... ;
 - effets dépresseurs respiratoires (rechercher un syndrome d'apnées du sommeil++);
 - contre-indication si suspicion d'une myasthénie;
 - préférer demi-vie courte (Seresta, Temesta, Xanax);
 - prescription de durée limitée.
- Éviter les carbamates (Equanil) : risque léthal si TS.
- Autres :
 - Atarax (propriétés antihistaminiques [intérêt en dermatologie] et anticholinergiques [risque de rétention d'urines, de

Réponses du QCM

Laquelle ou lesquelles de ces propositions est/sont exacte(s) ?		
1	Il est recommandé de prescrire un anxiolytique à un de vos patients qui a présenté une attaque de panique lors de son RV de consultation avec vous.	Faux
2	Avant de prescrire un anxiolytique, il vous faut vérifier que votre patient n'a ni myasthénie ni syndrome d'apnées du sommeil.	Vrai
3	Plus votre patient est impulsif, plus il peut être judicieux de lui prescrire une benzodiazépine.	Faux
4	L'existence d'une anxiété associée peut masquer le ralentissement habituel d'un patient déprimé.	Vrai
5	La prescription d'un examen complémentaire a toujours un rôle apaisant chez un patient dont l'anxiété de type hypochondriaque altère profondément la vie quotidienne.	Faux

constipation, d'aggravation d'un glaucome et de confusion, etc.]);
 – Buspar: pas de dépression respiratoire...
 – Stresam: idem.

L'arbre de l'anxiété cachant la forêt de la dépression

- Anxiété et dépression sont souvent associées.
- Signes distinctifs : caractéristiques nyctémérales, recherche/évitement du contact, absence/présence d'une anhédonie, logorrhée/bradyphémie.
- L'agitation et l'impatience accompagnant l'anxiété peuvent MASQUER la dépression associée (pas de ralentissement caractéristique).
- Attention, car risque accru de passage à l'acte suicidaire.
- Donner un tranquillisant est un mauvais compromis, sauf si on revoit rapidement le patient.

Agressivité et contre-attaque agressive pour lutter contre sa propre anxiété

- Un patient habituellement affable, qui change de ton, est sans doute un patient

angoissé qui ne veut pas le montrer et cherche un "bouc émissaire" à sa portée.

- Attention aux réactions en miroir du dermatologue et à l'escalade...
- Insuffisance d'informations, incertitude, impression de ne pas être écouté, sentiment de rejet, aggravent la conduite agressive du patient.
- Les personnalités sociopathique, *borderline* ou paranoïaque sont des facteurs favorisants ainsi que l'alcool et l'humeur dépressive.
- Attention à la prescription de benzodiazépines chez un impulsif : risque de levée de l'inhibition...

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

Hypnose en dermatologie : pour qui ? Pour quoi ?

T. SAGE
DIJON.

Il est plus pertinent de s'intéresser aux spécificités du patient éligible

QUESTIONS FLASH

à une prise en charge hypnotique plutôt que d'établir une liste d'indications (en termes de dermatoses, symptômes) et de contre-indications. La question du "pour quoi" peut aussi signifier "pour quel résultat", ce qui permet d'aborder notre thème sous un autre angle.

En effet, l'hypnose peut agir sur la dimension psychosomatique des patients dermatologiques par différents aspects :

- ajustement au stress (notion de patient "stress répondeur"), amélioration de la qualité de vie;
- action sur un symptôme (douleur, prurit...), un comportement (compulsion de grattage);
- réalisation d'un travail psychodynamique (syndrome anxio-dépressif, insécurité d'attachement, alexithymie, etc.);
- sensibilisation à la dimension "psy" permettant un adressage éventuel ultérieur à un professionnel du "psy";
- expérience sensorielle nouvelle, permettant un remaniement des représentations personnelles, de la maladie, de la notion de guérison... Cet aspect est plus spécifique à l'hypnose qui reste une méthode à médiation corporelle (que celle-ci soit réelle ou représentée).

Le positionnement de la méthode hypnotique va aussi dépendre de l'objectif: utilisation d'une "hypnose médicale" dans les gestes de petite chirurgie dermatologique par exemple, ou recours à une hypnose relationnelle dans laquelle est proposé un travail sur la maladie et son vécu, le contrat thérapeutique évitant alors de se centrer sur la dermatose afin de prévenir le phénomène du paradoxe thérapeutique (le sujet tient à son symptôme avec activation de résistances inconscientes au changement).

Les facteurs de prédictibilité de l'efficacité de l'hypnose sont multiples: suggestibilité (surtout dans l'hypnose médicale), "sensibilité au facteur psy" (mobilité du patient), demande forte du changement de type de prise en charge ("**observer l'observance**"), système de croyance du sujet vis-à-vis de

l'hypnose, caractère récidivant de la dermatose avec facteurs déclenchants identifiables (séparation, deuil, conflits, etc.).

Une bonne adhésion du patient à la technique et au thérapeute est importante. Il n'existe pas de personnalité idéale ni de problématique spécifique. Il est possible d'envisager ce type de prise en charge chez des patients déficients intellectuels, et même si le patient n'exprime aucune plainte psychique. De bonnes capacités d'introspection peuvent être facilitatrices mais ne sont pas un facteur indispensable.

Il n'existe pas de réelle contre-indication. La prise en charge hypnotique chez un patient psychotique devra être réalisée par un praticien rompu à cette pathologie.

Ainsi, les objectifs du traitement par hypnose thérapeutique seront: la recherche d'une complémentarité (plus qu'alternative) au traitement classique, un abord à la dimension psychologique, une amélioration du vécu de la maladie, un aménagement de la relation thérapeutique, un changement de la relation au corps (et à la maladie).

À titre informatif et de manière non exhaustive, l'hypnose est utilisée dans les indications suivantes: chirurgie dermatologique (enfant, gestes douloureux, contre-indication aux anesthésiques locaux, patient hyperémotif, etc.), dermatite atopique (intérêt dans l'éducation thérapeutique), psoriasis (idem), pelade, acné excoriée, prurit idiopathique, prurigo, vulvodynie, glossodynie, algonéurodystrophie, hyperhidrose idiopathique, urticaire chronique, verrues, etc.

Il s'agit donc d'une méthode relationnelle complémentaire de la prise en charge dermatologique classique, adaptable à de multiples patients avec des résultats parfois surprenants...

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

La trichotillomanie : pièges diagnostiques

I. MORAILLON
PARIS.

La trichotillomanie (TTM), ou trichomanie, est un trouble caractérisé par l'arrachage compulsif de ses propres poils et/ou cheveux, entraînant une alopecie manifeste sur la partie touchée. Le mot vient des termes grecs "thrîx, trîkhos" ou poil et "tillō" épiler ou effeuiller. Il fut utilisé pour la première fois en 1889 dans une étude de cas par le dermatologue français François Henri Hallopeau.

La trichotillomanie fait partie du groupe des dermatoses auto-induites dans la classification de la Société Européenne de Dermatologie et de Psychiatrie. Elle est définie dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV) en tant que trouble du contrôle des impulsions.

La trichotillomanie toucherait 1 à 4 % de la population générale. Cette incidence semble avoir été longtemps très sous-estimée. Elle touche les deux sexes à égalité chez l'enfant et serait en revanche deux fois plus féminine chez l'adulte. L'âge de début se situe le plus souvent chez les adolescents et jeunes adultes.

>>> Chez l'enfant, elle débute en règle après une situation de stress, de façon aiguë et transitoire. Elle ne s'associe que rarement à une pathologie psychiatrique sévère (< 1 %) ou mineure (< 5 %).

>>> Chez l'adulte, elle serait considérée comme une auto-agression névrotique et se manifesterait de façon chronique ou épisodique. Elle est souvent associée à d'autres troubles psychiatriques.

Signes cliniques

La lésion élémentaire est de forme géométrique, à type d'alopécie incomplète, non cicatricielle, avec des cheveux ou poils de tailles inégales. La topographie des lésions est ubiquitaire : cuir chevelu, cils et sourcils, autres zones pileuses, souvent du côté dominant.

Critères diagnostiques

L'arrachage répété de ses propres cheveux causant une alopecie, avec un sentiment croissant de tension juste avant l'arrachage des cheveux, puis de plaisir, gratification et soulagement lors de l'arrachage de cheveux. Enfin, la condition n'est pas le symptôme d'un autre trouble mental, et la perte de cheveux n'est pas due à une affection médicale. Ainsi, il s'agit d'un diagnostic d'élimination.

Diagnostic différentiel

Certaines alopecies congénitales peuvent poser un problème diagnostique :

- en cas de suspicion de dysplasie pileaire : intérêt de l'examen microscopique (monilethrix, hypotrichose de Marie Unna) et du contexte polymalformatif parfois associé (trichothiodystrophie) ;

- en l'absence de dysplasie pileaire, certaines alopecies s'intègrent dans le cadre d'un syndrome polymalformatif (dysplasies ectodermiques, maladies métaboliques et carences), mais pas toujours. Ainsi, l'aplasie cutanée congénitale du vertex, les alopecies post-traumatiques obstétricales et l'alopecie triangulaire de la tempe peuvent être évoquées devant une alopecie circonscrite de l'enfant.

Après avoir éliminé une alopecie congénitale, avec ou sans dysplasie pileaire, le diagnostic se pose surtout avec les autres alopecies non cicatricielles acquises :

- la trichotemnomanie est un acte manipulatif plutôt que compulsif, à

caractère interpellateur. Les patient(e) s se coupent les cheveux et se présentent avec des plaques alopeciques où l'on retrouve des cheveux courts, de densité normale ;

- les alopecies traumatiques : par traction, communes chez les sujets noirs, liées à des coiffures (nattes, queues de cheval, chignons), par appui prolongé et ischémie locale (appareil orthodontique, acte chirurgical prolongé), ou par "procuration" (cheveux arrachés par le frère ou la sœur...). Il convient alors de ne pas méconnaître un syndrome des cheveux anagènes caducs ;

- les alopecies infectieuses : les teignes se présentent sous formes de plaque(s) d'alopecie circonscrite acquise avec des signes locaux inflammatoires ou épidermiques parfois très discrets ou manquants, d'où l'intérêt d'un prélèvement mycologique au moindre doute ;

- la pelade pose un diagnostic différentiel parfois difficile. La plupart des auteurs insistent sur l'intérêt de la dermatoscopie qui va orienter le diagnostic, montrant des cheveux cassés de tailles inégales au cours de la TTM, alors qu'au cours de la pelade, plusieurs signes sont évocateurs : la présence de bouchons kératosiques régulièrement distribués (points jaunes), de cheveux cadavériques (points noirs), de cheveux en points d'exclamation et de repousses de cheveux dystrophiques ;

- en cas de doute avec une alopecie androgéno-génétique, un trichogramme sera effectué.

Au total, le diagnostic de TTM repose sur des critères cliniques.

L'interrogatoire précise le contexte et les éventuels signes associés (anxiété, dépression, consommation de substances illicites, troubles du comportement alimentaire, troubles de la personnalité, absentéisme). Il s'enquiert de symptômes abdominaux faisant redouter un trichobézoar, complication grave et parfois létale de la trichophagie parfois associée.

Des examens simples sont parfois utiles : dermatoscopie, prélèvement mycologique, plus rarement trichogramme et examen de la tige pileaire, en cas de doute avec une AAG ou une dysplasie pileaire.

La prise en charge est différente selon l'âge :

- chez l'enfant, le déclenchement est associé à un événement stressant qu'il est possible d'identifier en discutant. Il convient de rassurer l'enfant et la famille sur le caractère bénin et transitoire de l'affection ; la plupart des cas se résolvent sans aide pédopsychiatrique ;

- chez l'adulte, en particulier en cas d'affection psychiatrique sous-jacente, la prise en charge thérapeutique en milieu spécialisé peut combiner diversément des thérapies cognitives et comportementales, des thérapies de groupe, des thérapies de soutien, l'hypnose et/ou certains médicaments.

Pour en savoir plus

• HARRISON JP, FRANKLIN ME. Pediatric Trichotillomania. *Curr Psychiatry Rep*, 2012; 14:188-196.

• FRANKLIN ME, ZAGRABBE K, BENAVIDES KL. Trichotillomania and its treatment: a review and recommendations. *Expert Rev Neurother*, 2011;11:1165-1174.

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

Sexualité des patients ayant une dermatose affichante

S. MIMOUN

Gynécologue et psychiatre,
PARIS.

De nombreux questionnaires ont été utilisés pour évaluer l'impact des dermatoses sur la sexualité des patients

QUESTIONS FLASH

(*Female Sexual Function Index* [FSFI], *Dermatology Life Quality Index* [DLQI], IIEF et IIEF-5 modifié : questionnaire le plus utilisé pour évaluer les troubles de l'érection...).

Avec les femmes hétérosexuelles qui ont un psoriasis, il n'y a pas de différence d'âge du premier rapport, pas de différence de nombre de partenaires, pas de différence de "male oral sex partners" et moins de rapports protégés.

Dans une étude de 487 patients (hommes et femmes), 56 % ont eu une atteinte génitale au cours de leur maladie, Apparition des lésions vers 35 ans (± 14 ans) en moyenne. Les patients avec lésions génitales ont une qualité de vie significativement plus altérée : DLQI = $8,5 \pm 6,5$ vs $5,5 \pm 4,6$ sans lésion génitale ($p < 0,0001$).

Les symptômes sexuels les plus fréquemment rencontrés sont les troubles

de l'érection chez l'homme et la sécheresse vaginale chez la femme. Quand on aide à traiter ces symptômes, l'impact négatif de la dermatose semble être moins prégnant.

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