

Manifestations cutanées psychogènes

Pr Laurent Misery
CHU Brest

4 MODES D'INTERACTIONS ENTRE TROUBLES PSYCHIQUES ET TROUBLES CUTANES

1. **Troubles psychiatriques secondaires à des maladies cutanées**
2. **Troubles psychiatriques favorisant des troubles cutanés**
 - 2.1. **Troubles psychiatriques à l'origine de perceptions anormales de l'état cutané**
 - 2.1.1. **Syndromes délirants (ex : délires d'infestation)**
 - 2.1.2. **Phobies (ex : dysmorphophobie, bromidrosophobie)**
 - 2.1.3. **Prurit psychogène**
 - 2.1.4. **Dysesthésies et paresthésies psychogènes**
 - 2.1.5. **Douleurs psychogènes (ex : glossodynie, vulvodynie, anodynie)**
 - 2.2. **Troubles psychiatriques à l'origine de lésions cutanées**
 - 2.2.1. **Sévères (ex : pathomimie, excoriations psychogènes)**
 - 2.2.2. **Non sévères (ex: trichotillomanie, onychotillomanie)**
3. **Maladies cutanées modulées par des troubles psychiatriques**
 - 3.1 **Maladies dermatologiques (ex : dermatite atopique, psoriasis, urticaire, pelade, acné, vitiligo)**
 - 3.2 **Troubles cosmétologiques (ex : effluvium télogène, peau réactive)**
4. **Troubles psychologiques et cutanés associés mais sans relation évidente**

4 MODES D'INTERACTIONS ENTRE TROUBLES PSYCHIQUES ET TROUBLES CUTANES

1. **Troubles psychiatriques secondaires à des maladies cutanées**
2. **Troubles psychiatriques favorisant des troubles cutanés**
 - 2.1. **Troubles psychiatriques à l'origine de perceptions anormales de l'état cutané**
 - 2.1.1. **Syndromes délirants (ex : délires d'infestation)**
 - 2.1.2. **Phobies (ex : dysmorphophobie, bromidrosophobie)**
 - 2.1.3. **Prurit psychogène**
 - 2.1.4. **Dysesthésies et paresthésies psychogènes**
 - 2.1.5. **Douleurs psychogènes (ex : glossodynie, vulvodynie, anodynie)**
 - 2.2. **Troubles psychiatriques à l'origine de lésions cutanées**
 - 2.2.1. **Sévères (ex : pathomimie, excoriations psychogènes)**
 - 2.2.2. **Non sévères (ex: trichotillomanie, onychotillomanie)**
3. **Maladies cutanées modulées par des troubles psychiatriques**
 - 3.1 **Maladies dermatologiques (ex : dermatite atopique, psoriasis, urticaire, pelade, acné, vitiligo)**
 - 3.2 **Troubles cosmétologiques (ex : effluvium télogène, peau réactive)**
4. **Troubles psychologiques et cutanés associés mais sans relation évidente**

4 MODES D'INTERACTIONS ENTRE TROUBLES PSYCHIQUES ET TROUBLES CUTANES

1. Troubles psychiatriques secondaires à des maladies cutanées
2. Troubles psychiatriques favorisant des troubles cutanés
 - 2.1. Troubles psychiatriques à l'origine de perceptions anormales de l'état cutané
 - 2.1.1. Syndromes délirants (ex : délires d'infestation)
 - 2.1.2. Phobies (ex : dysmorphophobie, bromidrosophobie)
 - 2.1.3. Prurit psychogène
 - 2.1.4. Dysesthésies et paresthésies psychogènes
 - 2.1.5. Douleurs psychogènes (ex : glossodynie, vulvodynie, anodynie)
 - 2.2. Troubles psychiatriques à l'origine de lésions cutanées
 - 2.2.1. Sévères (ex : pathomimie, excoriations psychogènes)
 - 2.2.2. Non sévères (ex: trichotillomanie, onychotillomanie)
3. Maladies cutanées modulées par des troubles psychiatriques
 - 3.1 Maladies dermatologiques (ex : dermatite atopique, psoriasis, urticaire, pelade, acné, vitiligo)
 - 3.2 Troubles cosmétologiques (ex : effluvium télogène, peau réactive)
4. Troubles psychologiques et cutanés associés mais sans relation évidente


4 MODES D'INTERACTIONS ENTRE TROUBLES PSYCHIQUES ET TROUBLES CUTANES

1. **Troubles psychiatriques secondaires à des maladies cutanées**
2. **Troubles psychiatriques favorisant des troubles cutanés**
 - 2.1. **Troubles psychiatriques à l'origine de perceptions anormales de l'état cutané**
 - 2.1.1. **Syndromes délirants (ex : délires d'infestation)**
 - 2.1.2. **Phobies (ex : dysmorphophobie, bromidrosophobie)**
 - 2.1.3. **Prurit psychogène**
 - 2.1.4. **Dysesthésies et paresthésies psychogènes**
 - 2.1.5. **Douleurs psychogènes (ex : glossodynie, vulvodynie, anodynie)**
 - 2.2. **Troubles psychiatriques à l'origine de lésions cutanées**
 - 2.2.1. **Sévères (ex : pathomimie, excoriations psychogènes)**
 - 2.2.2. **Non sévères (ex: trichotillomanie, onychotillomanie)**
3. **Maladies cutanées modulées par des troubles psychiatriques**
 - 3.1 **Maladies dermatologiques (ex : dermatite atopique, psoriasis, urticaire, pelade, acné, vitiligo)**
 - 3.2 **Troubles cosmétologiques (ex : effluvium télogène, peau réactive)**
4. **Troubles psychologiques et cutanés associés mais sans relation évidente**


Maladies cutanées modulées par des troubles psychiques

- Stress = un des facteurs déclenchants des poussées de maladies inflammatoires/immunes les mieux connus et les mieux démontrés
- Dépression et anxiété = 🔊 facteurs bien connus d'aggravation de ces maladies et de moins bonne réponse aux traitements
- Donc facteurs déclenchants ou aggravants mais pas la cause

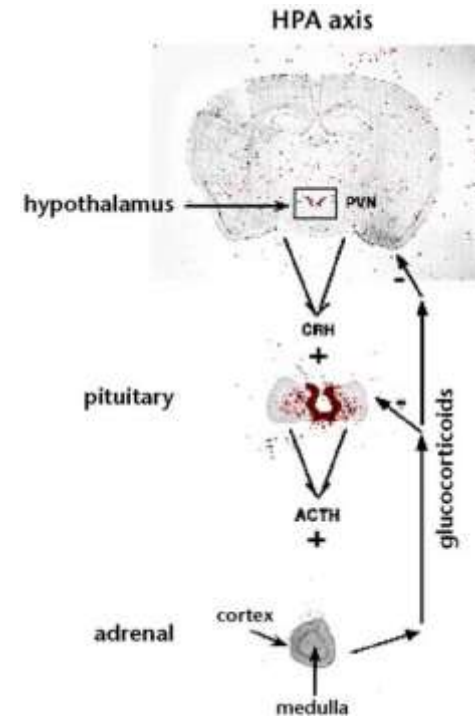
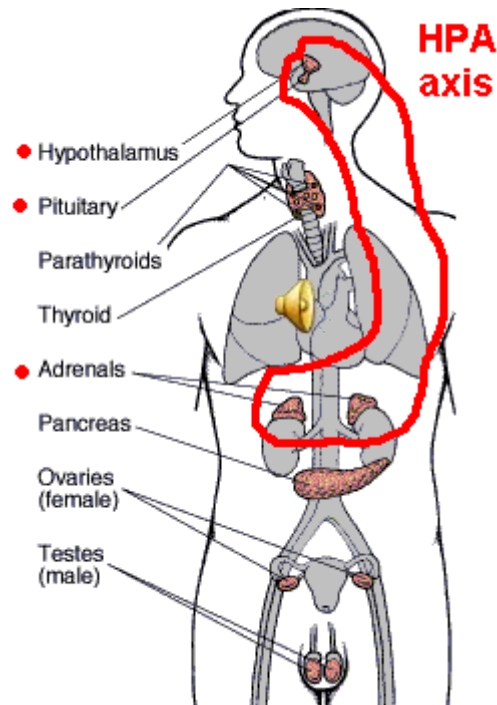
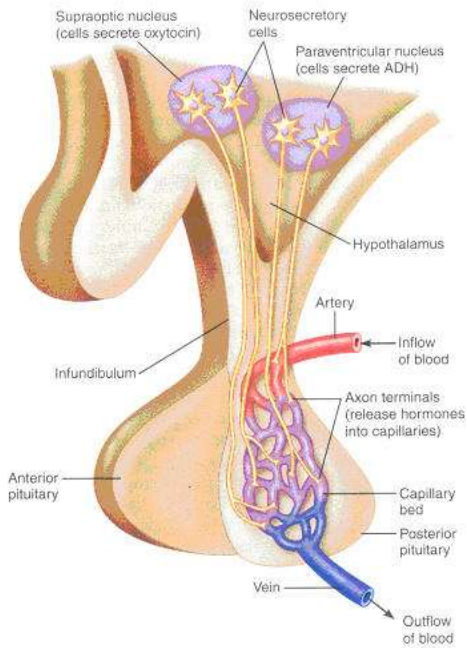
Concepts psychopathologiques

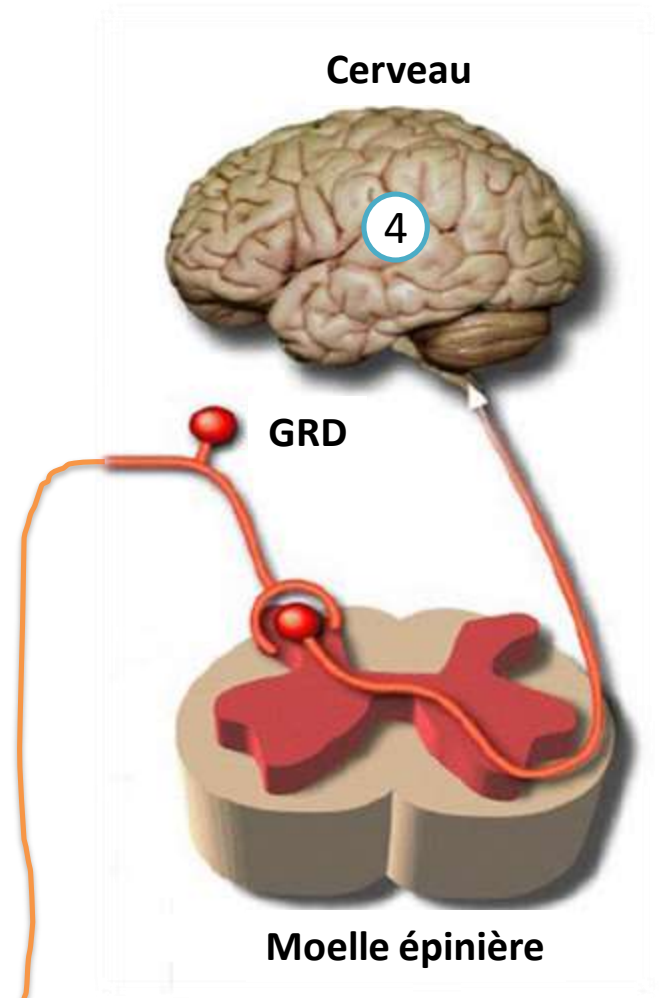
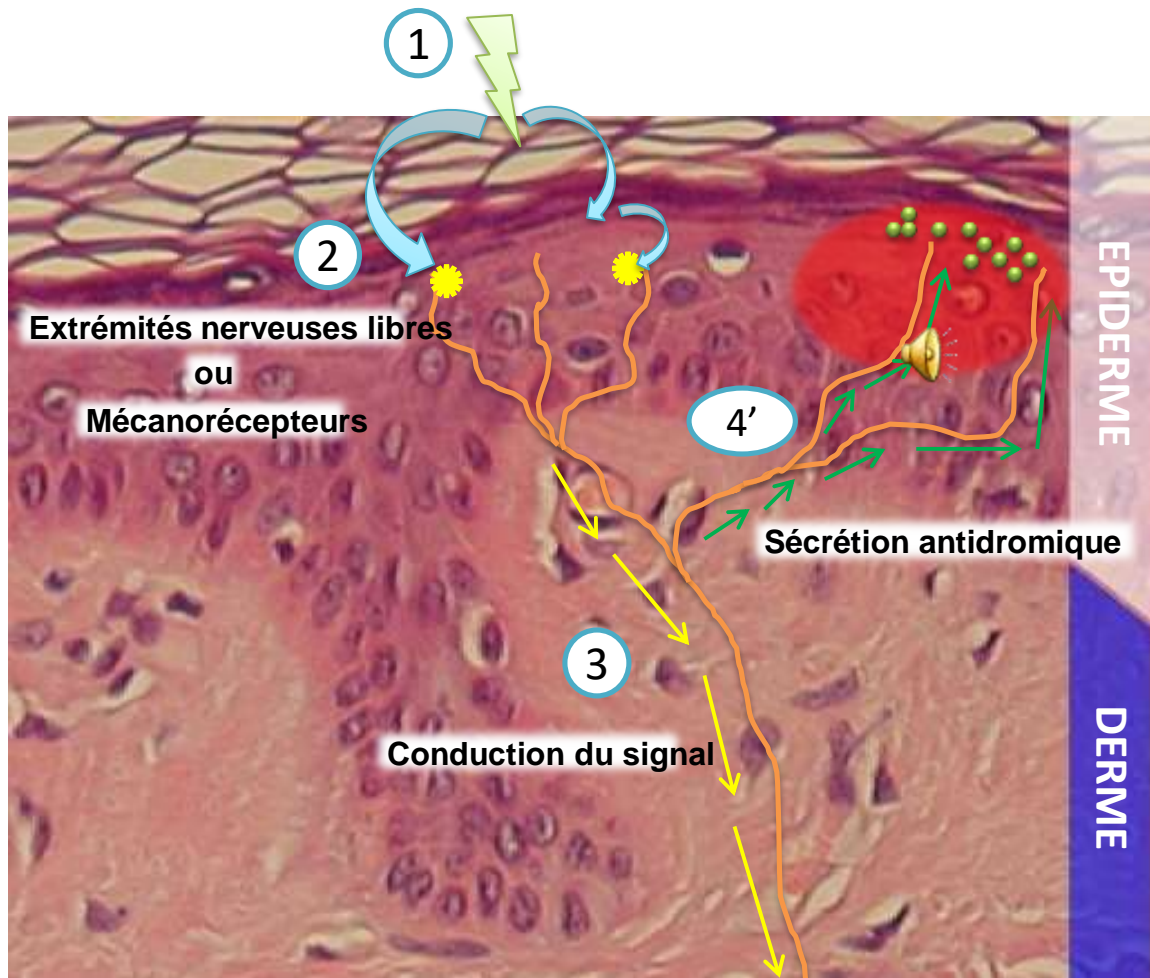
- **Stress**
- **Alexithymie**
- **Conscience émotionnelle**
- **Pensée opératoire** 
- **Moi-peau**
- **Personnalité psychosomatique**
- **Trace**
- **...**

Le stress

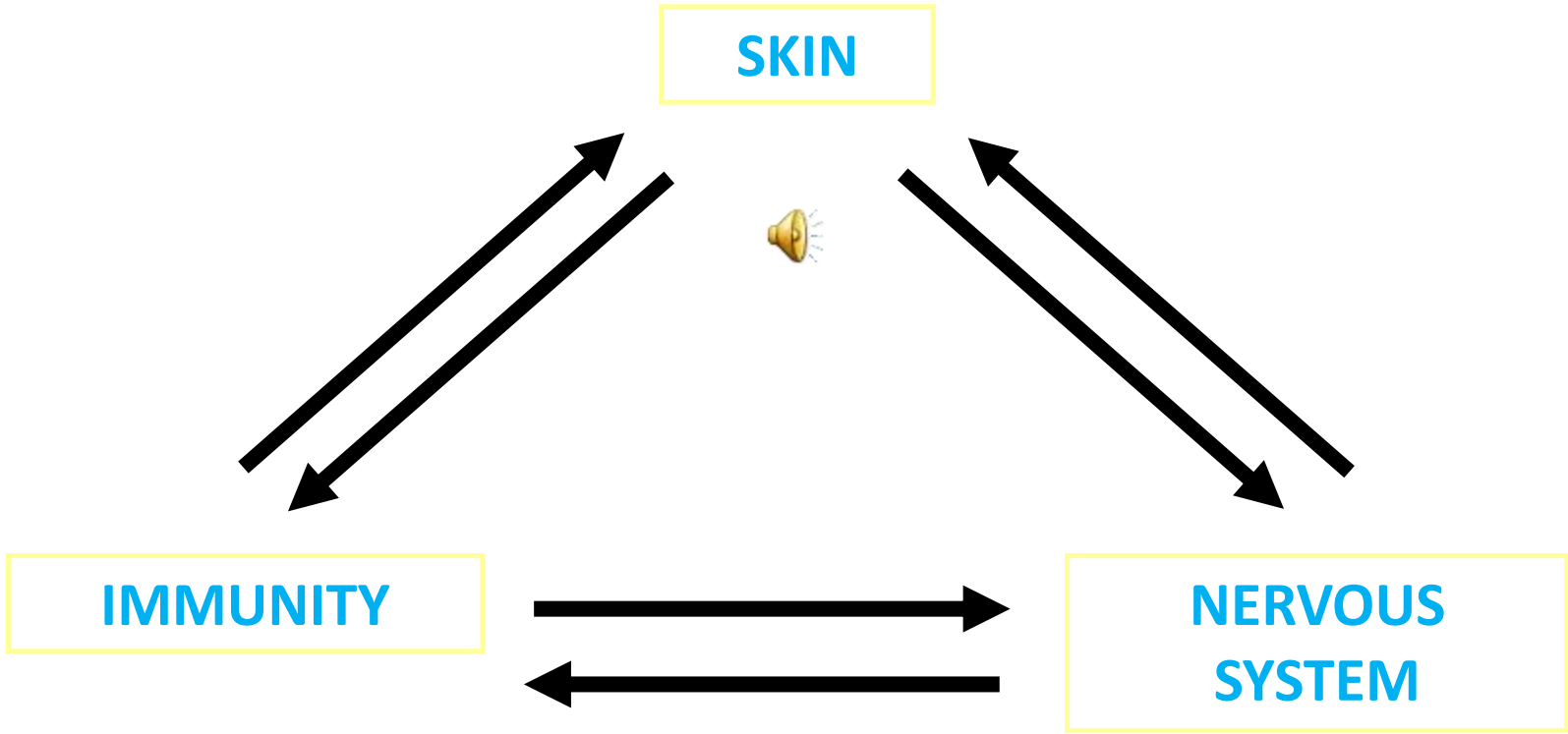
- **En français, le mot « stress » signifie à la fois:**
 - sa cause (une épreuve, une contrainte, une pression ; « stressor en anglais »),
 - ses effets sur l'organisme et la personne qui y est confrontée, et la réponse  à ces facteurs d'agression.
- **Facteurs d'agression psychologiques ou physiques**
- **Stress aigu ou chronique**
- **Un stress aigu a un retentissement plus important s'il survient sur un stress chronique.**

HPA





Neuro-Immuno-Cutaneous System (NICS)



4 MODES D'INTERACTIONS ENTRE TROUBLES PSYCHIQUES ET TROUBLES CUTANES

- 1. Troubles psychiatriques secondaires à des maladies cutanées**
- 2. Troubles psychiatriques favorisant des troubles cutanés**
 - 2.1. Troubles psychiatriques à l'origine de perceptions anormales de l'état cutané**
 - 2.1.1. Syndromes délirants (ex : délires d'infestation)**
 - 2.1.2. Phobies (ex : dysmorphophobie, bromidrosophobie)**
 - 2.1.3. Prurit psychogène**
 - 2.1.4. Dysesthésies et paresthésies psychogènes**
 - 2.1.5. Douleurs psychogènes (ex : glossodynie, vulvodynie, anodynie)**
 - 2.2. Troubles psychiatriques à l'origine de lésions cutanées**
 - 2.2.1. Sévères (ex : pathomimie, excoriations psychogènes)**
 - 2.2.2. Non sévères (ex: trichotillomanie, onychotillomanie)**
- 3. Maladies cutanées modulées par des troubles psychiatriques**
 - 3.1 Maladies dermatologiques (ex : dermatite atopique, psoriasis, urticaire, pelade, acné, vitiligo)**
 - 3.2 Troubles cosmétologiques (ex : effluvium télogène, peau réactive)**
- 4. Troubles psychologiques et cutanés associés mais sans relation évidente**

Troubles psychiatriques à l'origine de troubles cutanés

Plusieurs situations bien différentes:


- **Convictions délirantes:**
 - d'être infesté: délires d'infestation (dont syndromes d'Ekbom et des morgellons)
 - d'être malade: hyponcondrie, cancérophobie
 - d'avoir une difformité: dysmorphophobie
 - de sentir mauvais: bromidrosophobie ou bromose délirante
 - prenant la peau pour cible au cours d'un syndrome plus large: schizophrénie, psychose toxique
- **Perceptions hallucinatoires ou majoration de symptômes sensitifs:**
 - Prurit psychogène
 - Douleurs, dysesthésies et paresthésies psychogènes
 - Part psychogène variable dans des syndromes sensitifs: glossodynie, vulvodynie, anodynie, scrotodynie, etc...
- **Induction de lésions cutanées au cours d'un état limite:**
 - Pathomimie
 - Syndromes de Munchausen ou de Lasthénie de Ferjol
- **Induction consciente de lésions cutanées:**
 - Excoriations psychogènes (pas ou peu de prurit)
 - Acné excoriée
 - Trichotillomanie
 - Onychotillomanie, onychophagie
 - TOC

Délires d'infestation

- De moins en moins réservés aux femmes de plus de 60 ans
- Début souvent assez brutal
- Délire centré sur l'infestation, envahissant mais sans autres signes de psychose
- « preuve » apportée
- Conviction inébranlable, quoi que l'on dise
- Possibilité de « contaminer » : entourage (folie à deux) ou par internet
- Traitement antipsychotique (risperidone, olanzapine) qu'il faut arriver à faire accepter



Dysmorphophobie

- Trouble obsessionnel plus que phobique ou délirant
- Obsession d'une dysmorphie corporelle
- Pensées intrusives et chronophages, insatisfaction chronique malgré la prise en charge, souffrance psychique
- 2 pics: adolescence (parfois début de schizophrénie) et ménopause 
- Conduite à tenir:
 - Écouter mais ne pas intervenir
 - Orienter vers psy
 - Anti-dépresseurs, psychothérapie


Prurit psychogène

- Prurit au cours duquel le prurit 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
- Importance des critères diagnostiques PsyDerm
- Traitement:
 - Anticholinergiques: hydroxyzine, doxépine
 - Anti-dépresseurs
 - Gabapentanoïdes
 - Psychothérapies
 - Traitement des complications cutanées (prurigo)

Critères diagnostiques du prurit psychogène

- ***Trois critères obligatoires***
 - *Prurit sine materia localisé ou généralisé*
 - *Prurit chronique (> 6 semaines)*
 - *Absence de cause somatique connue*
- ***Trois sur sept critères optionnels***
 - *Relation chronologique entre la survenue du prurit et un ou plusieurs événements de vie qui pourraient avoir une répercussion psychique*
 - *Variations d'intensité associées au stress*
 - *Variations nycthémérales*
 - *Prédominance en période de repos ou d'inactivité*
 - *Trouble psychique associé*
 - *Prurit amélioré par psychotropes*
 - *Prurit amélioré par psychothérapies*

Autres troubles fonctionnels cutanés et muqueux

- **Ou troubles somatoformes**
- **Glossodynie, vulvodynie, anodynie, scrotodynie, etc...**
- **Parts psychogène et neurogène en proportion variable** 
- **Conception moderne: pas de séparation franche entre les deux mais troubles adaptatifs du système nerveux à l'environnement (dont stress) donc pas de dogmatisme**
- **Même prise en charge que le prurit psychogène**

Pathomimie (ou trouble factice)

Lésions cutanées auto-induites, avec des signes évocateurs:

- une apparition brutale – la lésion apparaît en peau saine et est d'emblée évoluée
- des bords bien limités, démarqués de la peau avoisinante et dessinant des contours géométriques et irréguliers
- un siège accessible manuellement et de façon instrumentale
- une évolution bizarre : certaines lésions guérissent très vite, d'autres s'éternisent. On constate donc des éléments d'âge différent dont l'évolution est capricieuse
- des lésions qui guérissent sous pansement occlusif
- des cicatrices inesthétiques
- une anamnèse de la maladie est très difficile à préciser et reste floue

Pour le diagnostic différentiel:

- absence de motif rationnel précis (ce n'est pas une simulation)
- secret que garde le malade à propos de sa propre responsabilité dans la survenue de sa dermatose

Parfois dermatose auto-aggravée: pathomimicrie


Pathomimie



Pathomimie



Pathomimie: que faire ?

- Surtout ne pas chercher à faire avouer (+++)
- Faire comprendre que l'on a compris sans le dire
- Proposer des soins dermatologiques, jusqu'à l'hospitalisation 
- Profiter des phases dépressives pour orienter vers un psy spécialisé car prise en charge très spécifique
- Accepter cette demande de soins malgré les lésions auto-induites et d'avoir une relation médecin-malade très différente de ce dont nous avons l'habitude

Excoriations psychogènes et acné excoriée

- Ou dermatillomanie
- Excoriations auto-induites mais pas de secret
- Surtout adolescent.E.s
- Troubles compulsifs, impulsifs ou même dépressifs selon les conceptions
- Différence avec scarifications, qui seraient une manifestation normale de l'adolescence (?)
- Traitement:
 - Anti-dépresseurs
 - Psychothérapies



Dermatillomanie des phanères


- Beaucoup plus fréquents et en général moins graves
- Enfants et adolescents surtout
- Disparition souvent spontanée
- Psychothérapies et anti-dépresseurs si besoin




Psychothérapies

- Rôle thérapeutique de la relation médecin-malade
- Psychothérapie de soutien
- Thérapies cognitivo-comportementales (relaxation, biofeedback, auto-training autogène de Schulz) et techniques de réduction du stress: pour mieux gérer le stress
- Thérapies brèves
- Psychanalyse et ses dérivés
- Hypnose
- Consultation conjointe
- ...
- Education thérapeutique


Psychotropes

- Hydroxyzine
- Benzodiazépines
- Gabapentinoïdes
- Anti-dépresseurs tricycliques (doxépine) 
- Inhibiteurs de recapture de la sérotonine
- Anti-psychotiques

Peau et psychisme

- Ne pas prendre en compte les facteurs psy peut conduire à mal soigner ou même à ne pas soigner
- Tout n'est pas psy !
- Mais il ne faut jamais négliger la composante psy de chaque patient. 
- Nous n'avons pas de patient décapité !
- Les dermatologues sont des médecins donc ils sont compétents pour s'intéresser à la vie psychique des malades et prescrire des traitements adaptés.

Références

- Anzieu D: Le moi-peau, Dunod, 1985
- Chastaing M, Misery L: Psychiatrie et dermatologie, EMC, 2019
- Misery L: Votre peau a  des choses à vous dire, Larousse, 2019