

Une dermatose factice révélant un état dépressif

[Artefacta dermatitis revealing depression]

**Nomtondo Amina OUEDRAOGO¹, Muriel Sidnoma OUEDRAOGO², Gilbert Patricé TAPSOBA², Désiré NANEMA³,
and Fagnima TRAORE⁴**

¹Department of Dermatology, University of Ouaga I Joseph Ki-Zerbo, Raoul Follereau Center, Ouagadougou, Burkina Faso

²Department of Dermatology, University of Ouaga I Joseph Ki-Zerbo, University Hospital Yalgado Ouedraogo, Ouagadougou, Burkina Faso

³Department of Psychiatry, University of Ouaga I Joseph Ki-Zerbo, University Hospital Yalgado Ouedraogo, Ouagadougou, Burkina Faso

⁴Department of Dermatology, Regional Hospital of Ouahigouya, Ouahigouya, Burkina Faso

Copyright © 2016 ISSR Journals. This is an open access article distributed under the **Creative Commons Attribution License**, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

ABSTRACT: We report the case of a 27-year-old lady with psychiatric history, presented to dermatological consultation with 6 years, ambiguous history of recurrent skin ulcerations on her members, abdomen, chest and face, the cause of which she could not explain. Examination revealed different age lesions: erosive lesions of one to two centimeters, with net borders coexisting with crusted lesions and scarring hyper pigmented lesions situated on accessible parts of the body. No general signs accompanied these lesions and laboratory testing was normal. The diagnosis of dermatitis artefacta was raised, motivating a deepening interrogation that revealed psychosocial and interpersonal difficulties. Abandoned by her husband, who had married a second wife for six years (date of appearance of lesions). She was also accused to be responsible of repeated miscarriages of the second wife, and then repudiated without her 3 children who are abused by the second wife. Her psychiatric evaluation revealed a severe depression without psychotic symptoms. The recommended psychiatric treatment (psychotherapy and antidepressant medication) could not be conducted because she had broken up the medical following.

KEYWORDS: dermatitis artefacta, self-inflicted injury, cutaneous artifactual disease, psychocutaneous, depression, psychosomatic.

RESUME: Nous rapportons l'observation d'une jeune dame âgée de 27 ans, sans antécédent psychiatrique connu, ayant consulté en dermatologie pour des exulcérations cutanées évoluant depuis 6 ans dont l'histoire de la maladie ambiguë, imprécise était émaillé d'une errance diagnostic et thérapeutique. L'examen dermatologique notait des lésions d'âges différents : lésions exulcérées, érosives ovalaires variant de un à deux centimètres de grand axe, bien limitées, aux bordures nettes coexistant avec les lésions exulcero-croûteuses et des lésions cicatricielles hyperpigmentées siégeant sur les parties accessibles du corps : les membres supérieures, les membres inférieures, l'abdomen, le haut de la poitrine ainsi que le visage. Ces lésions n'étaient accompagnées d'aucun signe général et les examens paracliniques étaient normaux. Le diagnostic d'une pathomimie cutanée a été évoqué, motivant un approfondissement de l'interrogatoire. Celui-ci révéla des difficultés psychosociales et interpersonnelles. Elle était délaissée, par son mari, qui avait épousé une seconde femme depuis six ans (date d'apparition des lésions). Elle serait en outre accusée, d'être à l'origine des fausses couches répétées de sa co-épouse, puis répudiée sans ses enfants qui seraient maltraités par celle-ci.

L'évaluation psychiatrique de la patiente a conclu à une dépression sévère sans symptômes psychotiques. La prise en charge psychiatrique préconisée (psychothérapie et traitement antidépresseur) n'a pu être menée, la patiente ayant rompu le suivi médical.

MOTS-CLEFS: pathomimie cutanée, automutilation, dermatose factice, psychocutané, dépression, psychosomatique.

INTRODUCTION

La pathomimie, trouble factice entièrement provoqué par le sujet lui-même sur son propre corps dans un état de conscience claire, est l'expression somatique d'une souffrance psychique [1], [2].

La peau étant d'accès facile, les pathomimies cutanées ou dermatose factice sont les plus fréquentes, le patient crée alors des lésions sur son revêtement cutané-muqueux ou ses phanères pour combler un besoin psychologique dont il ou elle n'a pas conscience [1]. Nous rapportons un cas de pathomimie cutanée révélant un état dépressif chez une jeune femme de 27 ans.

OBSERVATION

Une jeune femme de 27 ans, couturière vivant à Ouagadougou, sans antécédents psychiatriques personnel ou familial, ni d'antécédents de consommation de substances illicites connus, consultait au service de dermatologie de l'Hôpital Saint Camille de Ouagadougou (HOSCO) pour des exulcérations cutanées évoluant depuis six ans. Ces lésions avaient déjà fait l'objet de multiples consultations et traitements auprès de plusieurs agents de santé dont un dermatologue, sans succès.

L'interrogatoire était flou et énigmatique, la patiente n'arrivant pas à préciser le mode de survenue des lésions. Les ulcérations succédaient tantôt à des bulles, tantôt à des papules, tantôt à un prurit.

L'examen clinique notait un bon état général et de conscience, une tenue vestimentaire correcte et adaptée. L'examen dermatologique notait des lésions d'âges différents : lésions exulcérées, érosives ovalaires variant de un à deux centimètres de grand axe, bien limitées, aux bordures nettes coexistant avec les lésions exulcero-croûteuses et des lésions cicatricielles hyperpigmentées siégeant sur les membres supérieures (figure 1), les membres inférieures figure 1 et 2), l'abdomen, le haut de la poitrine (figure 3) ainsi que le visage. Ces lésions n'étaient accompagnées d'aucun signe général.



Fig. 1. Lésions siégeant sur les zones accessibles des membres supérieures et inférieures



Fig. 2. *Lésions siegeant sur les zones accessibles des membres supérieures et inférieures*



Fig. 3. *Lésions siegeant sur la poitrine*

L'examen neurologique ne révélait pas de troubles de la sensibilité superficielle ni profonde, les réflexes étaient conservés. Les explorations complémentaires (une sérologie rétrovirale, une glycémie à jeun, une numération formule sanguine, une créatininémie, les transaminases sériques, biopsie cutanée) ne révélait aucune anomalie. Le diagnostic de prurigo avait été évoqué devant la notion de prurit, la localisation sur les parties découvertes de lésions érosives et exulcéro

crouteuses. Un traitement fait d'un antiseptique local, un antibiotique local et un antihistaminique prescrit. Après trois mois de suivi fait d'une succession de poussées des lésions sur les mêmes sites, le diagnostic d'une pathomimie cutanée a été évoqué, motivant un approfondissement de l'interrogatoire. Celui-ci révéla des difficultés psychosociales, interpersonnelles. La patiente serait mariée dans un foyer polygame dont elle serait la première épouse, mère de trois enfants. Elle serait délaissée par son mari, qui aurait épousé une seconde femme depuis six ans (date d'apparition des lésions). Sa vie sexuelle serait inexistante. Elle serait en outre accusée par son époux, sa belle-famille et sa coépouse d'être à l'origine des fausses couches répétées de cette dernière. Elle aurait récemment été répudiée par son époux, sa coépouse étant à nouveau enceinte, afin de l'empêcher de nuire à cette nième grossesse. Ses enfants restés avec leur père seraient maltraités par la seconde femme.

L'évaluation psychiatrique de la patiente a conclu au diagnostic de dépression sévère sans symptômes psychotiques. La prise en charge psychiatrique préconisée (psychothérapie et traitement antidépresseur) n'a pu être menée, la patiente ayant rompu le suivi.

DISCUSSION

La pathomimie cutanée ou dermatose factice est l'un des problèmes les plus complexes pour le dermatologue, qui n'y pense pas toujours [1].

Notre patiente est une illustration de cette complexité. Le diagnostic était enfin évoqué sur la base d'un faisceau d'arguments :

- Le sexe féminin, les pathomimies étant plus fréquemment rencontrées chez les femmes que chez les hommes [1].
- L'histoire de la maladie faite d'une errance de six ans, avec des consultations multiples, une discordance entre la clinique et les examens complémentaires.
- L'interrogatoire qui notait une histoire de la maladie ambiguë,
- Un début brutal mais une grande tolérance pour les lésions affichantes [1].
- l'aspect clinique fait de lésions d'érosions, exulcérations (représentants 60% des lésions rencontrées dans les pathomimies), de formes géographiques bien limitées, d'âge différents, siégeant sur des zones accessibles ne correspondant pas à un mécanisme physiopathologique bien définie[3].
- Leur apparition du jour au lendemain sans aucun symptôme ni prodrome associé [4].
- les explorations paracliniques strictement normales [5].
- Une absence de toute preuve de motifs extérieurs au comportement (elle n'avait rien à gagner sur le plan économique, ni de récompenses externe) écartant la simulation [6], [7].

La pathomimie touche habituellement, les femmes (dans l'adolescence ou l'âge adulte) qui ont tendance à être émotionnellement fragiles et survient généralement dans un contexte de difficultés psychosociales ou interpersonnelles [4].

Plusieurs théories expliquant l'origine des troubles factices sont émises. Les motivations du pathomime sont souvent difficiles à comprendre. S'adapter à une souffrance psychique sévère et jouer le rôle de malade sans avantages tangibles ni immédiats en serait une [7].

Elle traduirait ainsi un appel à l'aide lorsque des contraintes émotionnelles deviennent trop grandes à supporter. [1]: la quête d'un regain d'attention de l'entourage, de l'être aimé, ou la recherche d'une relation fixe et sécurisante avec un médecin faisant écho au sentiment d'insécurité de la vie personnelle [7].

La théorie d'un état dissociatif dans la survenue des troubles factices a été plus récemment développée [9]. La notion de trouble dissociatif couvre un spectre allant des mécanismes de défense à l'altération de l'état de conscience. Etre dans un état dissociatif consisterait à avoir des trous de mémoire concernant une expérience personnelle, qui ne serait pas dus à un oubli ordinaire, à des expériences extra corporelles, ni à d'autres distorsions perceptives [9]. Il s'agirait du résultat de la répression de pensées ou de souhaits inacceptables pour l'individu [9]. Ainsi, les symptômes dissociatifs surviendraient au cours de périodes de difficultés relationnelles ou interpersonnelles [9].

Pour ce qui concerne notre patiente, le contexte social a créé une dépression profonde, et la pathomimie cutanée constitue un appel au secours lancé par la patiente. L'arrivée de la seconde épouse, la confiscation de l'être aimé par cette dernière ainsi que les accusations à son égard constitueraient une réalité insupportable pour la patiente, le comportement factice pourrait être considéré comme un mécanisme de défense psychique face à la réalité de trahison, d'abandon et d'accusation (9). Des facteurs de stress aigu sur un fond d'histoires traumatisantes de la vie seraient à l'origine de cet état dépressif.

Les différents procédés de production des lésions cutanées sont variés (usage des ongles, scarifications, entailles par des objets tranchant tel couteaux, morceaux de verre, brûlure par cigarette, pièce chaude, tasse de thé) et dépendent du niveau d'instruction et de connaissance du pathomime. Cependant, de nombreuses fois, les patients ne révèlent généralement pas comment ils produisent la lésion comme c'est le cas chez notre patiente [10].

La prise en charge des troubles factices en dermatologie n'est pas codifiée, cependant elle doit relever d'une prise en charge pluridisciplinaire. La recherche abrupte de la vérité, ainsi que la révélation du diagnostic au patient seraient à proscrire [1], [8], [9]. Le fait de tenir secret et ne pas dévoiler l'implication du pathomime dans la survenue des lésions, ne doit jamais être perdu de vue [9]. Certains auteurs plaident en faveur de la prise en charge des pathomimies cutanées en dermatologie, avec la participation du psychiatre et non son transfert en psychiatrie. [8]. Cela pourrait être ressentie par le pathomime comme une trahison, un abandon et aboutir au déplacement de sa demande de soins vers d'autres prestataires, comme cela a été le cas chez notre patiente qui a interrompu le suivi médical dès son transfert en psychiatrie [9]. L'établissement d'une relation médecin-malade basée sur la confiance, l'empathie pour le malade est nécessaire à la réussite de cette prise en charge. L'explication de l'état psychiatrique associé à l'origine de la pathologie factice pourrait déculpabiliser le malade et l'aider à adhérer à la thérapie pour la résolution de ce désordre [9].

CONCLUSION

Le diagnostic et la prise en charge d'une dermatose factice restent un challenge pour le dermatologue. En effet, la dermatose factice confronte le clinicien à deux ordres de problèmes : celle d'éliminer une authentique dermatose, et celle de reconnaître le trouble psychique puis le prendre en charge. Il faut savoir y penser devant toute dermatose dont l'interrogatoire note une histoire ambiguë, des lésions cutanées ne répondant à aucun mécanisme physiopathologique connu, des examens complémentaires normaux. La prise en charge multidisciplinaire requiert une relation médecin-malade de confiance et une empathie pour le patient afin de faciliter l'acceptation de la thérapie par le patient.

REFERENCES

- [1] L. Misery, "les pathomimies cutanées", *Annales Medico-psychologiques*, no168, pp. 297-300, 2010.
- [2] I Sneddon, "Self inflicted injury: A follow up of 43 patients" *British Medical Journal*;no1,pp. 527-530, 1975.
- [3] F Busato, A Castex, A Godel, D Adoue, "Analyse des résultats d'un registre des pathomimies cutanées," *Revue Medecine Interne*, no 24 Suppl 1, 2003.
- [4] A Abelhauser, "Pathologies factices et vérités subjectives". *L'Evolution Psychiatrique*,no 64,pp. 113-133, 1999
- [5] S Verraes-Derancourt, C Derancourt, F Poot, M Heenen, P Bernard. " Pathomimie : étude rétrospective de 31 malades", *Annales de Dermatologie et Venereologie* " no 133, pp. 235-238, 2006.
- [6] Cl. Labram, " Les maladies factices et le syndrome de Munchausen", *Revue de Medecine Interne*, Tome IV, no 4 : pp. 343-351, 1983.
- [7] L. Krahn, H. Li, M. O. Connor, "Patients who strive to be ill :factitious disorder with physical symptom" *American Journal of Psychiatry*;no160, pp. 1163- 1168, 2003.
- [8] Y. Scrivener, " Pathomimies cutanées, Plaidoyer pour une prise en charge en milieu dermatologique sans confrontation directe". *Annales de Dermatologie Venereologie*,no 132,pp.109-110, 2005.
- [9] F. Fekih- Romdhane, W. Homri, R. Labbane, "Troubles factices en dermatologie : intérêt du concept d'état dissociative", *Annales de Dermatologie Venereologie*, no143,pp. 210-214,2016.
- [10] S., Nayak , B. Acharjya , B.Debi , SP. Swain, " Dermatitis artefacta". *Indian Journal of Psychiatry*; no55: 189-91, 2013.