

ROYAUME DU MAROC
UNIVERSITE SIDI MOHAMMED BEN ABDELLAH
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
FES



La psychiatrie : le point de vue du dermatologue (A PROPOS DE 300 CAS)

MEMOIRE PRESENTE PAR :
Docteur BENCHAT LOUBNA
née le 17 Janvier 1985 à Berkane

POUR L'OBTENTION DU DIPLOME DE SPECIALITE EN MEDECINE
OPTION : DERMATOLOGIE

Sous la direction de :
Professeur MERNISSI FATIMA ZAHRA

Session Mai 2014

A mon maître

Madame le Professeur MERNISSI Fatima Zahra

Nous avons eu le grand plaisir de travailler sous votre direction, et nous avons trouvé auprès de vous le conseiller et le guide qui nous a reçus en toute circonstance. Vos compétences professionnelles incontestables ainsi que vos qualités humaines vous valent l'admiration et le respect de tous. Vous êtes et vous serez pour nous l'exemple de rigueur et de droiture dans l'exercice de la profession.

Veillez, chère Maître, trouver dans ce modeste travail, l'expression de ma haute considération, de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

A Tous Nos Maîtres

Vous avez guidé nos pas et illuminé notre chemin vers le savoir.

Vous avez prodigués avec patience et indulgence infinie, vos précieux conseils. Vous étiez toujours disponibles et soucieux de nous donner la meilleure formation qui puisse être.

Qu'il nous soit permis de vous rendre un grand hommage et de vous formuler notre profonde gratitude.

Plan

Introduction	4
Les objectifs	7
Matériels et méthodes.....	9
A. Matériels	10
1. Type de l'étude	10
2. Lieu de l'étude	10
3. Date de l'étude.....	10
4. Population cible.....	10
5. Ressources humaines	11
B. Méthodes	11
1. Paramètres colligés	11
2. Traitement des données	13
Résultats	16
A. Résultats descriptifs	17
1. Répartition selon l'âge	18
2. Répartition selon le sexe	18
3. Répartition selon le niveau socio-économique	18
4. Répartition selon le niveau de scolarité	19
5. Répartition selon l'usage de substance toxique.....	20
6. Répartition selon le mode d'admission des malades.....	21
7. Répartition selon le diagnostic de la pathologie psychiatrique	23
8. Répartition selon les diagnostics dermatologiques	25

9. Répartition en fonction des catégories diagnostiques dermatologiques:	26
a. Dermatoses liées à un défaut d'hygiène.....	27
b. Dermatoses secondaires à un trouble psychique.....	27
c. Dermatoses influencées par les troubles psychiques.....	28
d. Dermatoses responsables d'un trouble psychique.....	28
e. Troubles cutanés iatrogènes au traitement psychiatrique	29
B. Résultats analytiques	30
1. Corrélation entre les catégories diagnostiques en dermatologie et l'usage de substance toxique	30
2. Corrélation entre les catégories diagnostiques en dermatologie et le mode d'admission (hospitalisation/consultation).....	31
3. Corrélation entre les catégories diagnostiques en dermatologie et les sous groupes psychiatrique (névrotique/psychotique).....	32
Discussion	34
I _ histoire de la psycho-dermatologie	36
II_ Psycho-dermatologie : réalité ou fiction ?.....	37
1. Une Origine commune	37
2. Rôle du stress	37
3. Interprétations psycho-dynamiques et analytiques dans les maladies dermatologiques	39
4. l'épigénétique	40
III. Le profil sociodémographique des patients	40
IV. Le diagnostic psychiatrique	42
V. Classification des désordres Psycho-cutanés	43

VI. Place de la dermatologie en milieu de psychiatrie : Notre étude	45
1. Dermatoses liées à un défaut d'hygiène	46
2. Dermatoses secondaires à un trouble psychique	50
3. Dermatoses influencées par les troubles psychiques	58
4. Dermatoses responsables d'un trouble psychique	62
5. Dermatoses iatrogènes aux psychotropes	65
VI. Limites et perspectives	66
Conclusion	68
Résumé	70
Références	73

INTRODUCTION

La psychiatrie est une spécialité médicale traitant des maladies mentales. Le terme de psychiatrie a été introduit par Johann Christian Reil en 1808, L'étymologie du mot provient du mot grec « psyche » signifiant « âme ou esprit », et « iatros » qui signifie médecin (littéralement médecine de l'âme)

Le champ de la psychiatrie s'étend du diagnostic au traitement, en passant par la prévention des troubles mentaux, incluant les divers troubles cognitifs, comportementaux et affectifs. La question des classifications des maladies mentales est au moins aussi ancienne que la discipline. Deux grandes classifications des maladies mentales impliquent le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM), proposé par l'Association américaine de psychiatrie, et la Classification internationale des maladies (CIM-10) de l'organisation mondiale de la santé.

La dermatologie est la branche de médecine qui s'occupe de la peau, des muqueuses et des phanères (ongles, cheveux, poils). Elle est associée traditionnellement à la vénérologie.

Même si les apparences les séparent, la peau et le cerveau sont très attachés. De part leurs origine embryologique commune, La peau est aussi une interface, véritable réceptacle des agressions extérieures, mais aussi un espace d'expression des conflits psychiques. En effet, Les dermatologues sont souvent confrontés à une comorbidité psychiatrique, puisque celle-ci concernerait 30 à 40 % des patients atteints de maladies dermatologiques [1]

Diverses études sont menées afin d'établir une relation de cause à effet et de trouver des étiologies dans le domaine de la psycho-dermatologie [2]. Dans ces

différents travaux, les auteurs se sont intéressées aux comorbidités psychiatriques chez les patients présentant des atteintes dermatologiques afin d'objectiver des liens entre les lésions cutanées et les troubles psychiques. Trois domaines sont habituellement distingués dans les études [3] :

- Les troubles psychophysiologiques : il s'agit de réactions à des états émotionnels, tel que le stress, qui sont associés à des affections dermatologiques mais indirectement liés aux troubles psychiatriques (exemple : psoriasis, eczéma).
- Les troubles psychiatriques primaires : aboutissent à des manifestations dermatologiques auto-induites (exemple : Trichotillomanie, syndrome d'Ekblom).
- Les troubles psychiatriques secondaires : sont associés à des troubles défigurant la peau, ce qui conduit à des états d'anxiété, de dépression, ou à des idées suicidaires.

Dans cette perspective, nous avons envisagé de mener cette étude, qui s'intéresse aux différentes manifestations dermatologiques en psychiatrie afin d'établir ainsi un état des lieux de la psycho-dermatologie dans notre institution.

OBJECTIFS

1. Objectif général

La psycho-dermatologie est un domaine de collaboration de l'activité basée sur la relation et l'interaction entre la psychiatrie et la dermatologie. Le but de notre étude était d'établir un état des lieux de la psycho-dermatologie dans notre institution.

2. Objectifs spécifiques

- Préciser la fréquence des différentes manifestations dermatologiques en milieu de psychiatrie.
- Dégager le profil de la pathologie cutanée en milieu de la psychiatrie.
- Rechercher une éventuelle association entre ses deux types de pathologies.

MATERIELS ET METHODES

A- Matériels

1. Type de l'étude

Notre travail est une étude transversale prospective, descriptive et analytique, étalée sur une durée de 1 an et faite en collaboration entre le service de dermatologie et le service de psychiatrie du CHU HASSAN II de Fès.

2. Lieu de l'étude

Le recrutement des malades a été fait au cours d'une visite hebdomadaire du service de psychiatrie de l'hôpital Ibn Al Hassan .Tous les patients hospitalisés ou vus en consultation ont étaient examinés par deux dermatologues.

Le service de psychiatrie du CHU HASSAN II de Fès est composé d'un service hospitalier avec un côté pour les hommes et un côté pour les femmes, en plus de la consultation.

3. Date de l'étude

Cette étude s'est étendue sur une période de 1 an, du mois de novembre 2011 au mois de décembre 2012.

4. Population cible

a. Critères d'inclusion

Tout malade hospitalisé ou vu en consultation du service de la psychiatrie présentant ou non des lésions cutanées.

b. Critères d'exclusion

- Les Patients, dont leurs états très agités, ne permettait pas leurs examen systématique.
- Les patients refusant d'être examinés

5. Ressources humaines :

L'étude a été réalisée grâce à la collaboration entre deux médecins résidents en dermatologie, et un médecin résident en psychiatrie

La fiche d'exploitation préétablie (annexe 1) était remplie, pour chaque patient, d'une part par le psychiatre (diagnostic de la pathologie psychiatrique et le traitement en cours) et d'autre part par les dermatologues après un examen dermatologique systématique complet

B-Méthodes

1. Paramètres colligés

Pour chaque patient examiné, on évaluait :

- § Les paramètres démographiques : l'âge et le sexe, le niveau socio-économiques et la scolarité, Nombre d'années d'études
- § Les antécédents pathologiques (notamment la présence de maladies dermatologiques connues et d'antécédents de prise médicamenteuses)
- § Les habitudes toxiques
- § Hospitalisation/consultation
- § Durée de séjour en hospitalier

§ Mode d'admission en psychiatrie:

§ Malade lui-même

§ Famille

§ Réquisition de police

§ Diagnostic psychiatrique retenu par le psychiatre selon le CIM-10, ainsi que le traitement en cours et la durée du traitement. Nous avons ensuite regroupé les différentes pathologies psychiatriques en 2 groupes : les névrotiques et les psychotiques

§ L'examen clinique (général et dermatologique) le diagnostic retenu, le traitement proposé

§ Nous avons réparti les différentes pathologies dermatologiques en cinq Catégories diagnostics en se basant, en partie, sur les différentes classifications de dermato-psychiatrie de la littérature. Ces catégories étaient :

§ Dermatoses liées à l'hygiène

§ Dermatoses secondaires à un trouble psychique

§ Dermatoses influencées par les troubles psychiques

§ Dermatoses responsables d'un trouble psychique

§ Troubles cutanées iatrogènes au traitement psychiatrique

§ Troubles psychiques et cutanées associées sans relation évidente

2. Traitement des données

Les données recueillies ont été saisies sur le logiciel Excel. Le logiciel Epi info V.3.4 a permis l'analyse statistique descriptive.

Pour chacune des principales catégories pathologiques, certains paramètres recueillis (l'usage de substances toxiques, l'hospitalisation/consultation, le type de pathologie psychiatrique (névrotique/psychotique) ont été croisés dans des tableaux pour une étude analytique afin d'évaluer les paramètres influençant la pathologie dermatologique chez les patients avec une maladie mentale.

Fiche d'exploitation :

Manifestations dermatologiques en psychiatrie

Identité

Nom : Prénom : Age : Sexe :

Niveau socio-economique : Lieu d'habitat : Nbr d'année d'études :

ATCDS pathologiques :

Medicaux : dermatologiques : autres

Chirurgicaux

Familiaux : Dermatologiques : autres

Usage de substances

Tabac : Absent Occasionnel dépendance Abus

Alcool : Absent Occasionnel dépendance Abus

Cannabis : Absent Occasionnel dépendance Abus

Psychotropes : Absent Occasionnel dépendance Abus

Mode d'admission en psychiatrie :

Consultation ☐ hospitalisation ☐ durée de séjour :

Motif d'admission en psychiatrie :

☐ Sur la demande du malade

☐ Sur la demande de la famille

☐ Sur réquisition de police

Diagnostic psychiatrique selon le DSM IV :

Traitements en cours :

Durée de traitement :

Examen général :

Examen dermatologique : Cutané :

Phanères :

Muqueuses :

Le reste de l'examen somatique :

Diagnostic dermatologique évoqué :

CAT : bilan biologique

Biopsie cutanée

Autres :

Diagnostic dermatologique retenu :

Traitement proposé :

Catégorie de diagnostic dermatologique :

0 : Pas de lésions cutanées

1 :Hygiène

2 :Immunodépression

3 :Troubles psychiques responsables de sensation cutanés anormale

4 :Troubles psychiques responsables de lésions cutanées sévères

5 :Troubles cutanés influencés par des troubles psychiques

6 :Troubles cutanées iatrogène au traitement par psychotropes

7 :Troubles psychiques et cutanées associés sans relation évidente

8 :Troubles psychiques secondaires à des maladies dermatologiques

RESULTATS

Sur une période de 1 an, 300 patients ont été recensés lors de notre étude prospective. Nous avons enregistré 250 cas de dermatoses soit un pourcentage de 83% des patients vus en psychiatrie. 33% des cas étaient hospitalisés et 67% sont vus en ambulatoire.

A. Résultats Descriptifs

1. Répartition selon l'âge

L'âge moyen des patients admis et répondant à nos critères d'inclusion, était de 27 ans, avec des extrêmes entre 15 ans et 60 ans.

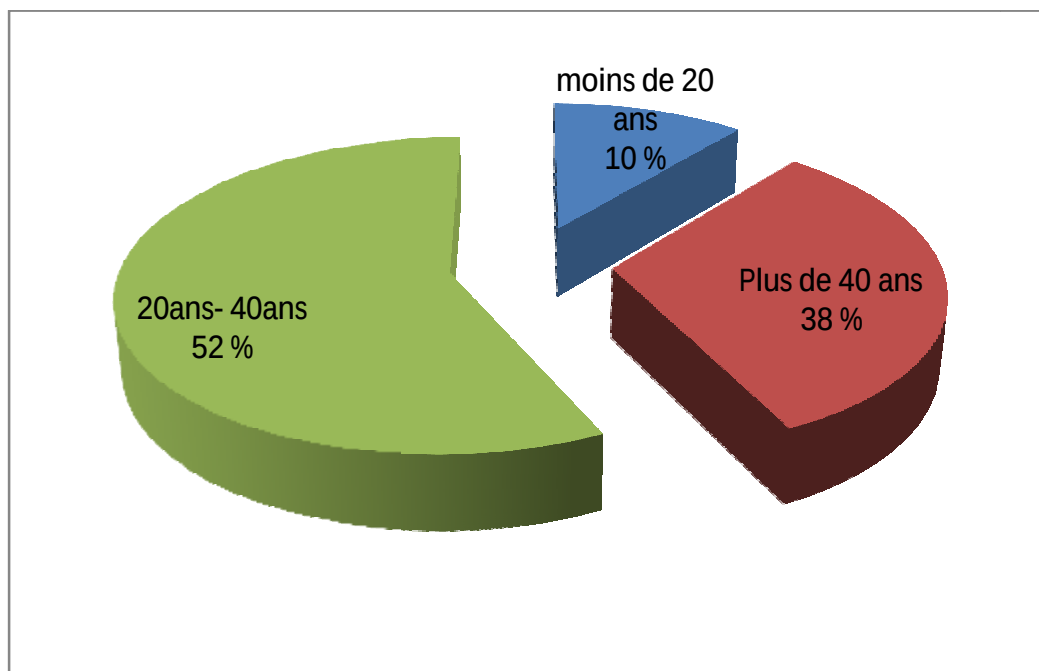


Figure 1: Répartition des malades selon l'âge

2. Répartition selon le sexe:

Dans notre étude, le sexe ratio F/H : 1,5.

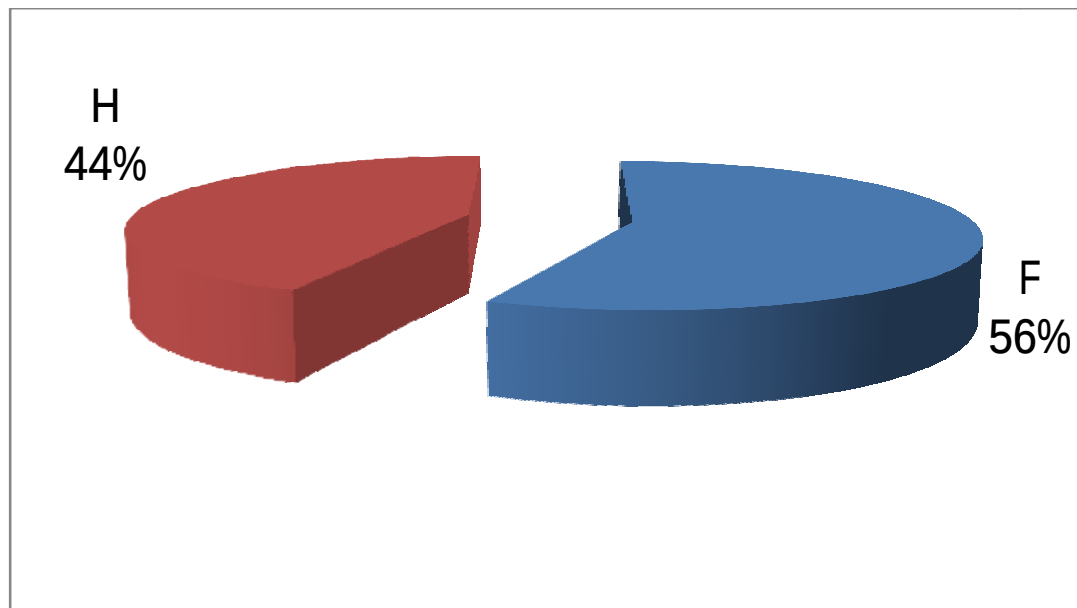


Figure 2: Répartition des malades selon le sexe

3. Répartition selon le niveau socio-économique

Plus que la moitié de nos patients étaient de bas niveau socio-économique

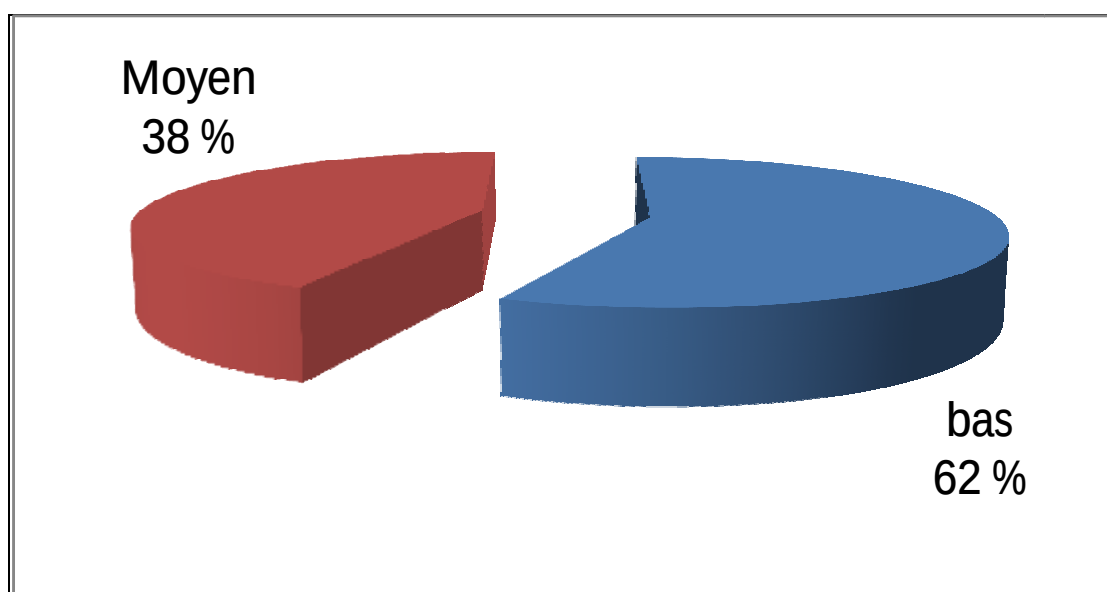


Figure 3: Répartition selon le niveau socio-économique

4. Répartition selon le niveau de scolarité

Soixante-dix pourcents de nos patients étaient scolarisés. La répartition selon leurs scolarités était :

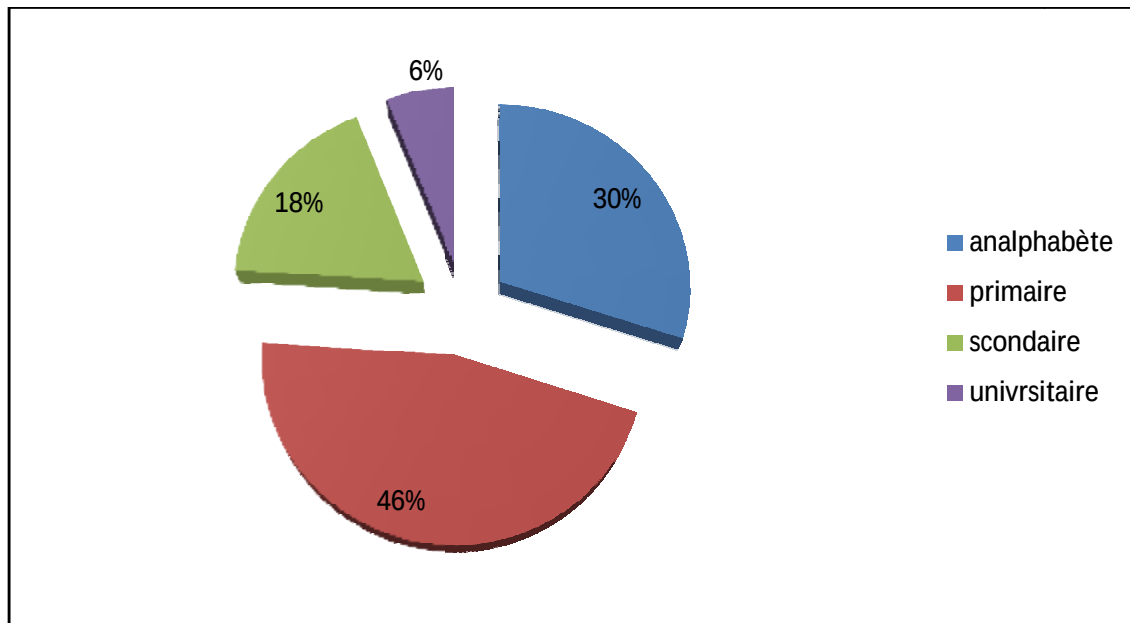


Figure 4 : Répartition selon le niveau de scolarité

A noter que 90% de nos patients était sans profession

5. Répartition selon l'usage de substance toxique

Les substances toxiques les plus utilisés dans notre série étaient par ordre de fréquence : la cigarette, l'alcool et le cannabis.

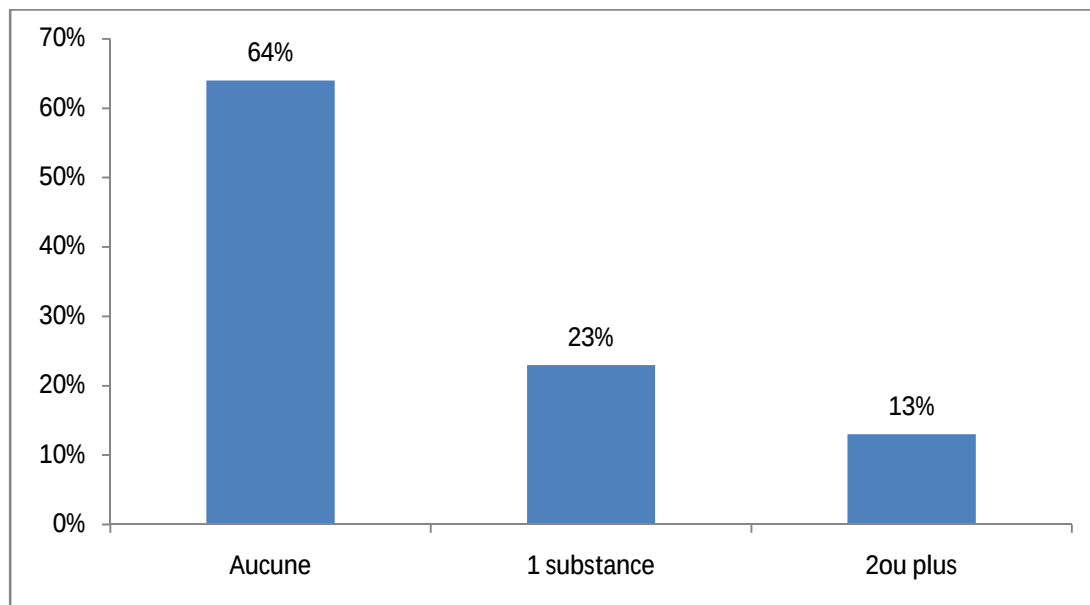


Figure 5: Répartition selon l'usage de substance toxique

6. Répartition selon de mode d'admission des malades

Environ les deux tiers de nos patients étaient recensés de la consultation

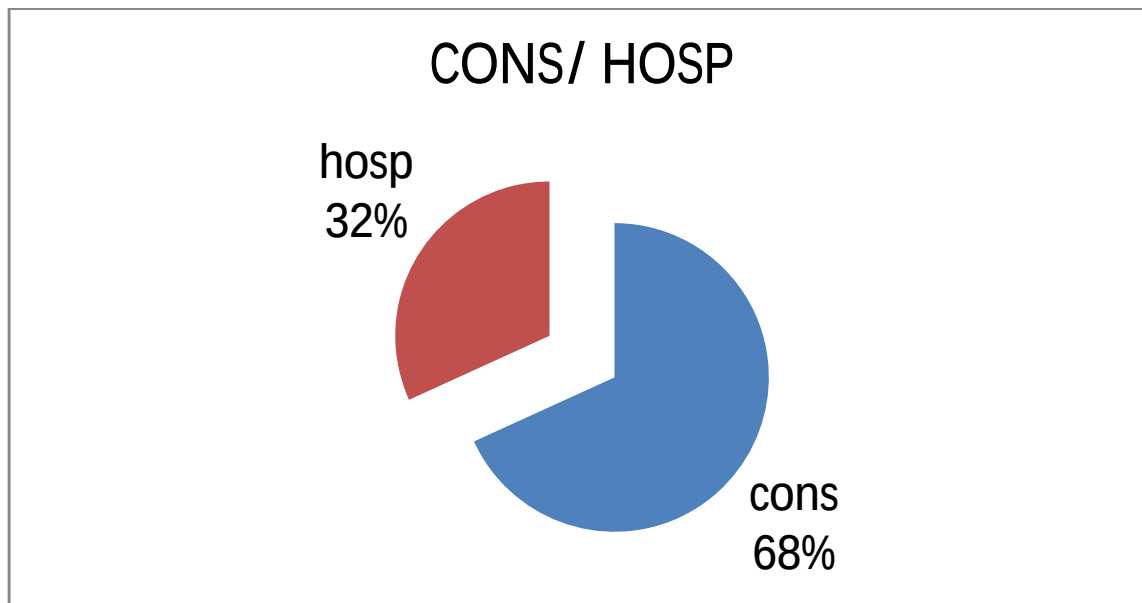


Figure 6 : Répartition selon le mode d'admission (consultation/hospitalisation)

La durée de séjour des patients en hospitaliser était :

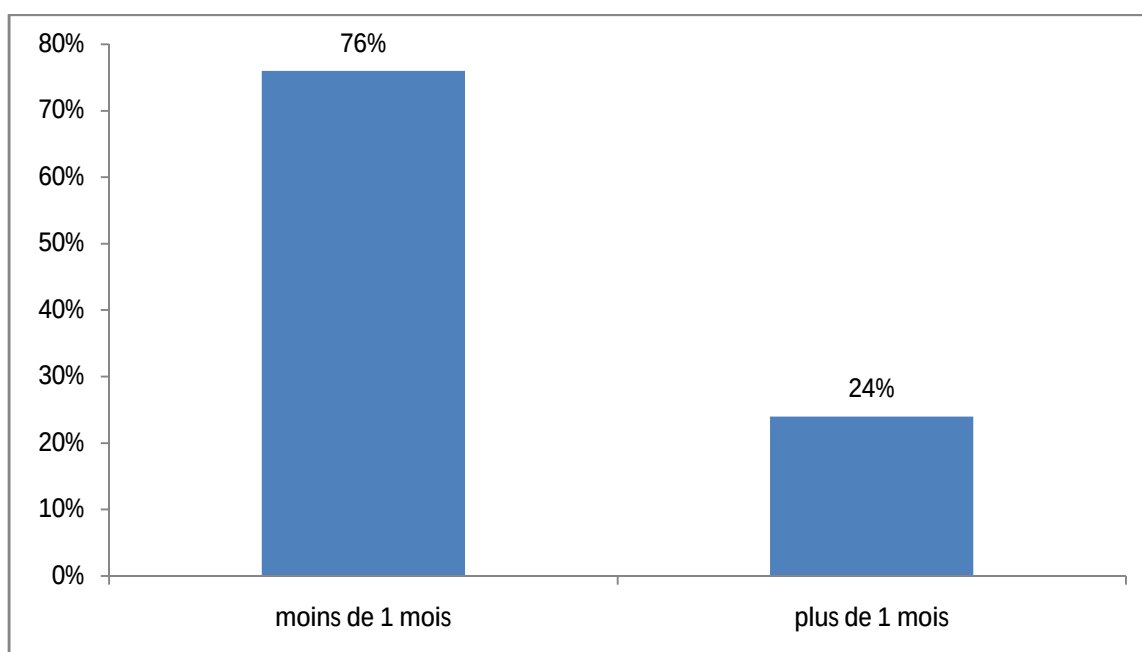


Figure 7: Répartition selon la durée d'hospitalisation

L'admission en hospitalier était sous la demande de :

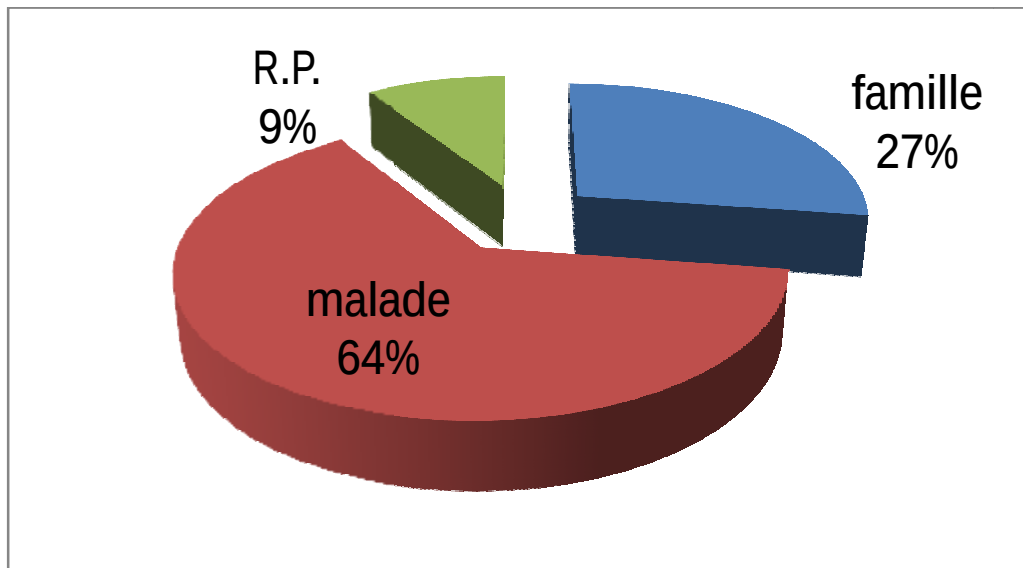


Figure 8 : Répartition selon le mode d'admission en hospitalisation

7. Répartition selon le diagnostic de la pathologie psychiatrique

Les pathologies pour lesquelles nos patients étaient suivies étaient diverses mais elles étaient dominées par la schizophrénie (40% des patients) et la dépression (31% des patients)

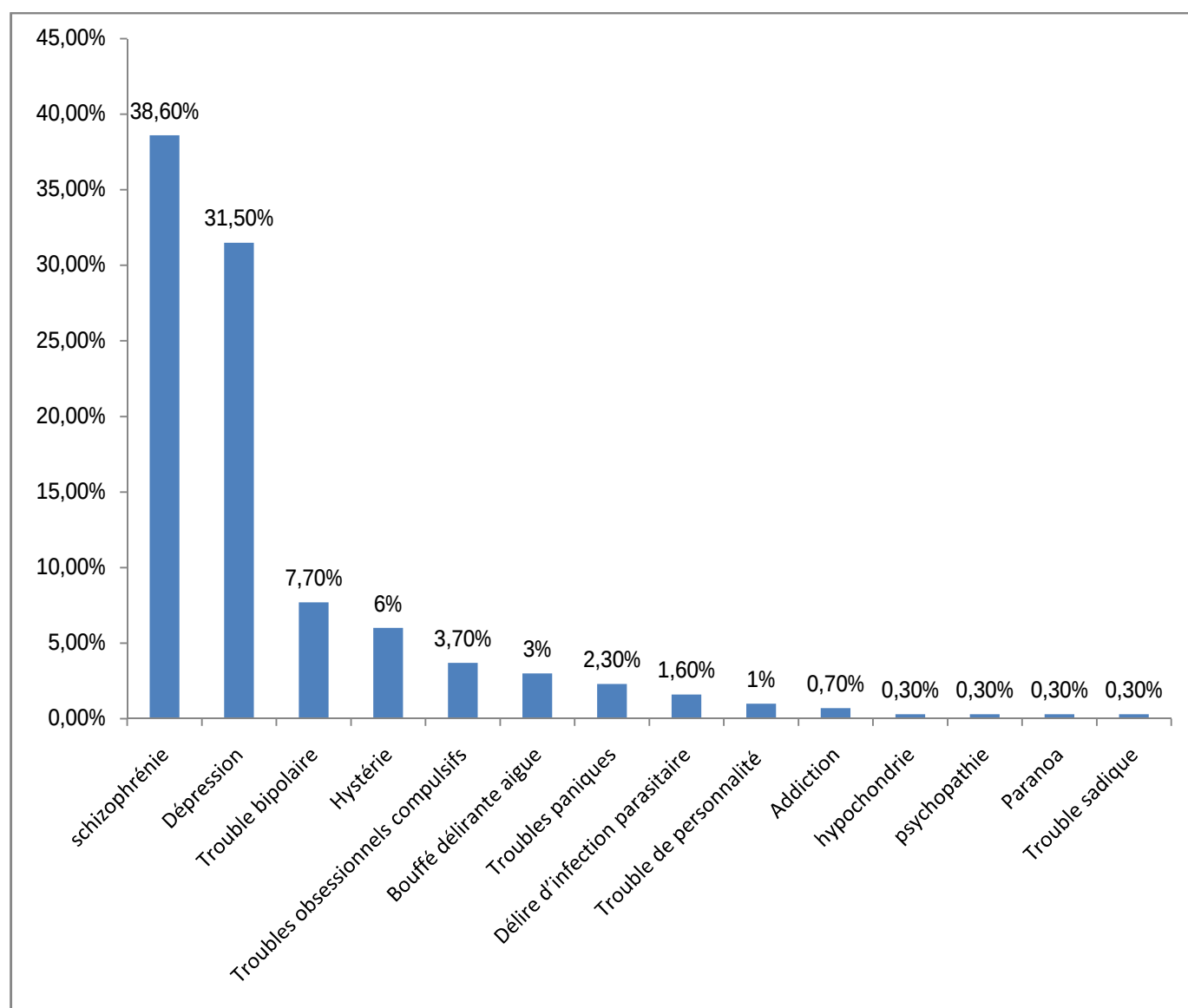


Figure 9 : Répartition selon le diagnostic de la pathologie psychiatrique

Nous avons répartis ces pathologies en 2 catégories : les psychotiques et les névrotiques, la répartition en fonction de ces deux groupes était la suivante :

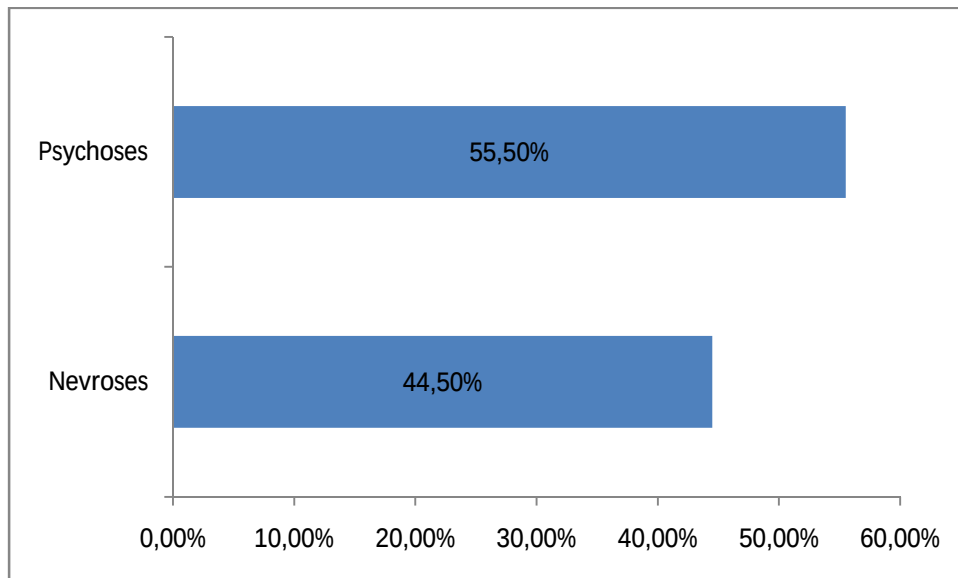


Figure 10 : Répartition selon le groupe de pathologie psychiatrique (névrotique/psychotique)

8. Répartition selon les diagnostics dermatologiques retrouvés

Les diagnostics dermatologiques retenus dans notre série étaient variés, dominés par la dermite séborrhéique dans 16.4% des cas, le prurit et le prurigo dans 8.4% des cas, les automutilations dans 7,3% des cas et les dermatoses d'hygiènes dominés par la pathologie infectieuses.

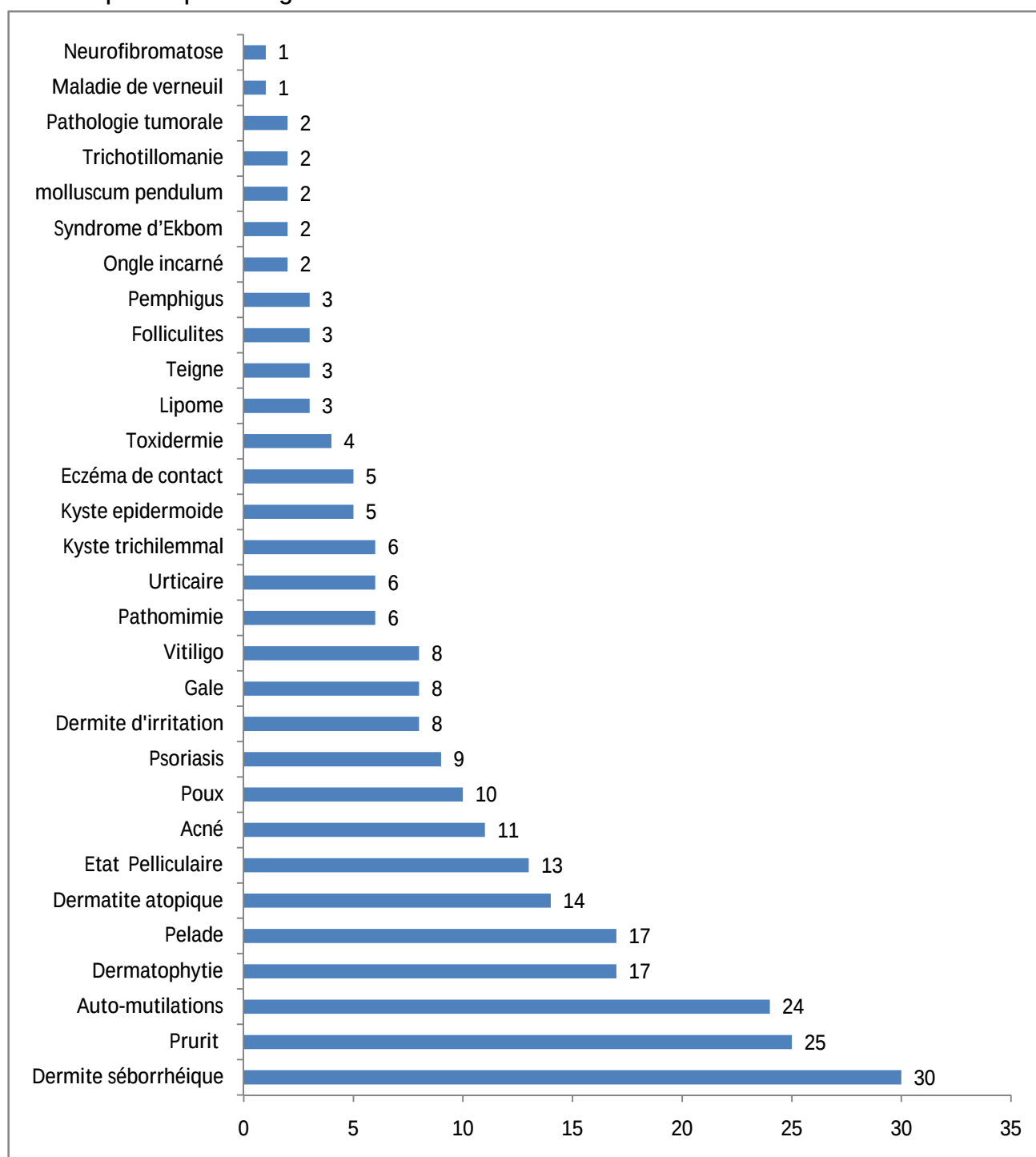


Figure 11: Répartition des diagnostics dermatologiques en psychiatrie

9. Répartition en fonction des catégories diagnostiques

Nos différents cas de dermatoses recensées étaient repartis en 5 groupes, le groupe 3 étant le plus fréquents (à noter que 16,1% des patients examinés ne présentaient pas de lésions) :

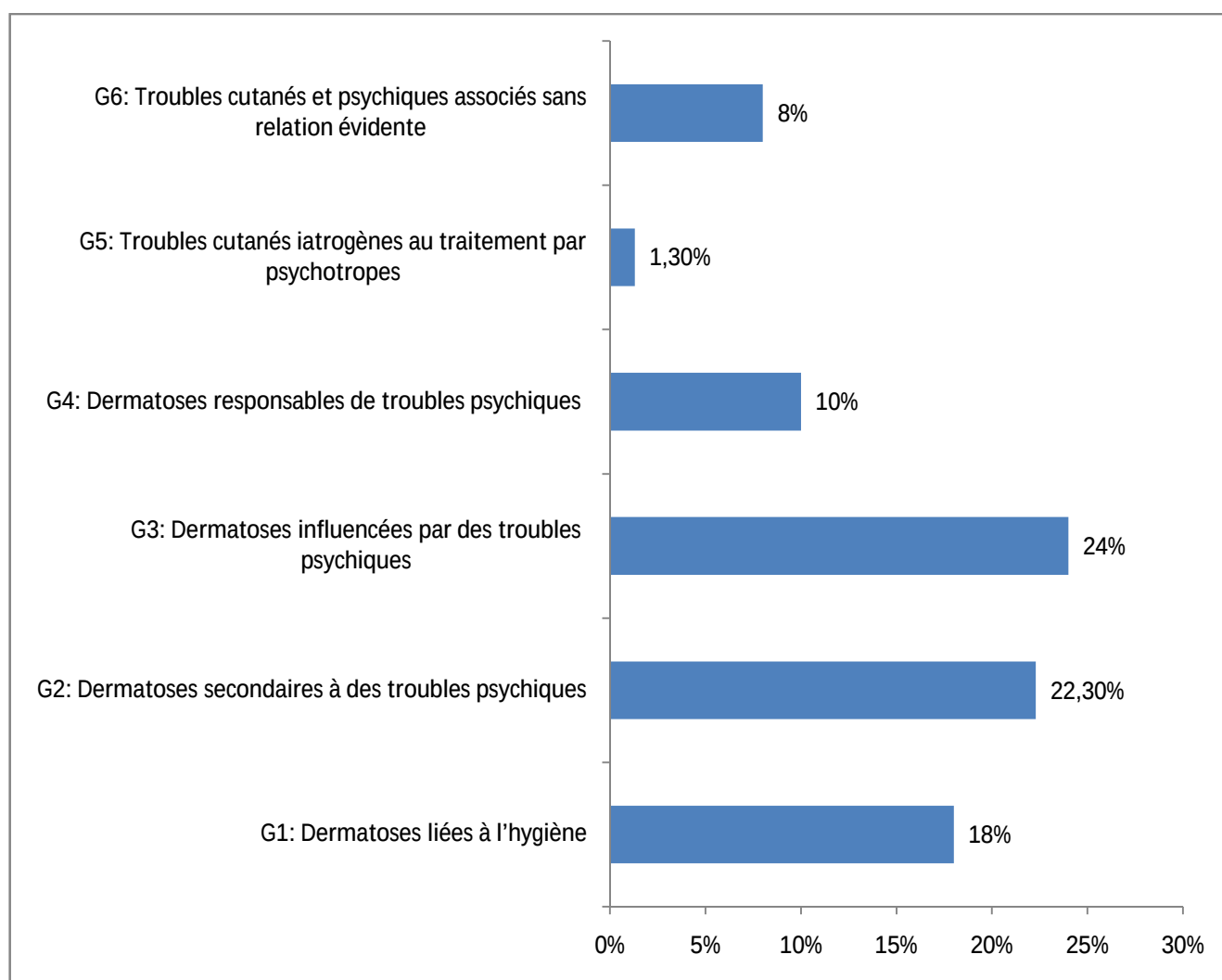


Figure 12 : Répartition en fonction des catégories diagnostiques dermatologiques

a. Le groupe 1 : Les dermatoses en rapport avec l'hygiène étaient :

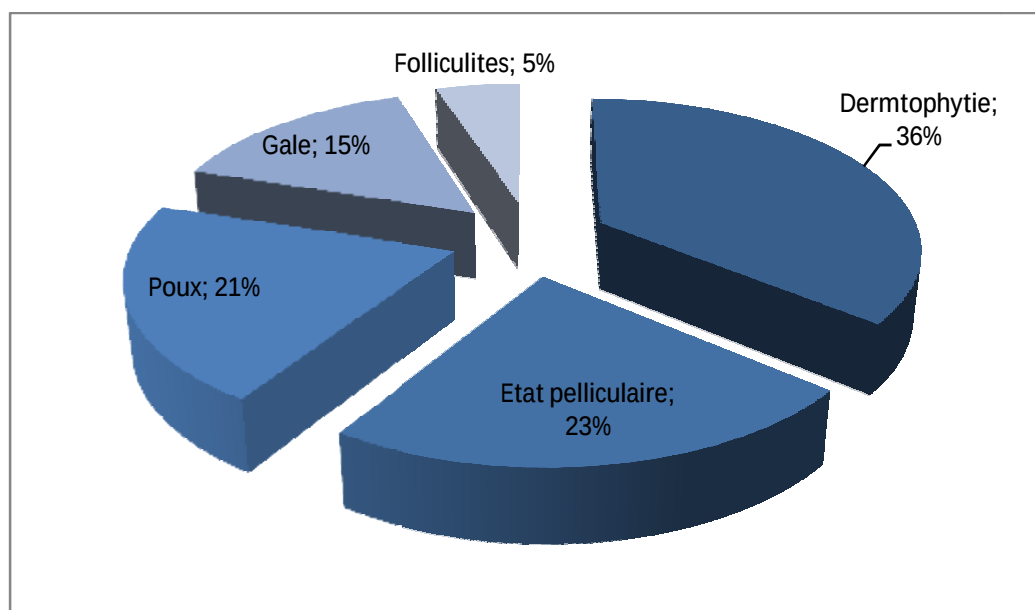
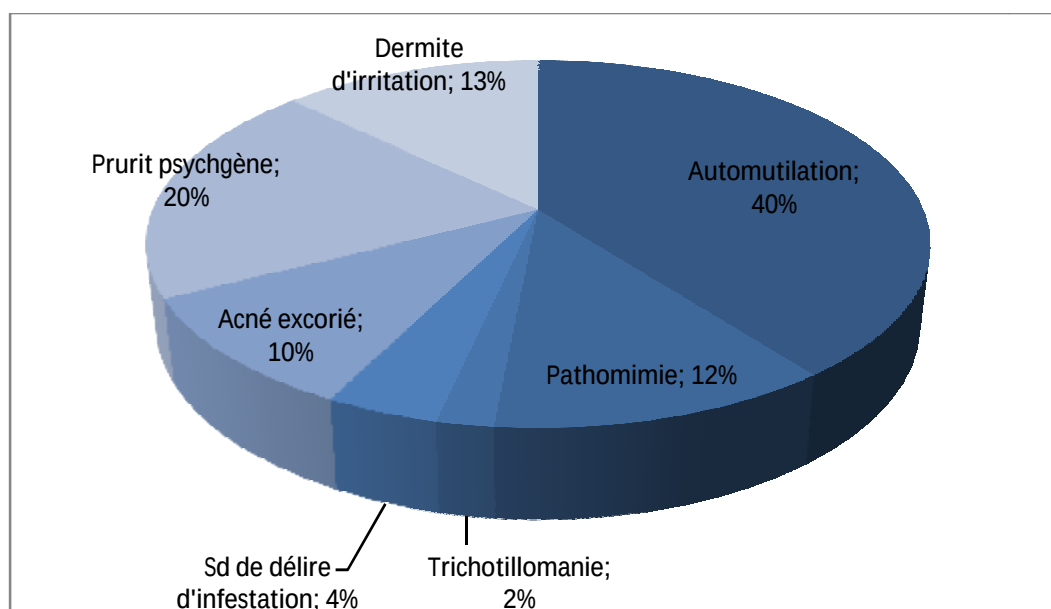


Figure 13 : Répartition en fonction des dermatoses en rapport avec l'hygiène

b. Le Groupe 2 : les dermatoses secondaires à des troubles psychiques :



Figures 14 : les dermatoses secondaires à des troubles psychiq

c. Le Groupe 3 : les dermatoses influencées par des troubles psychiques :

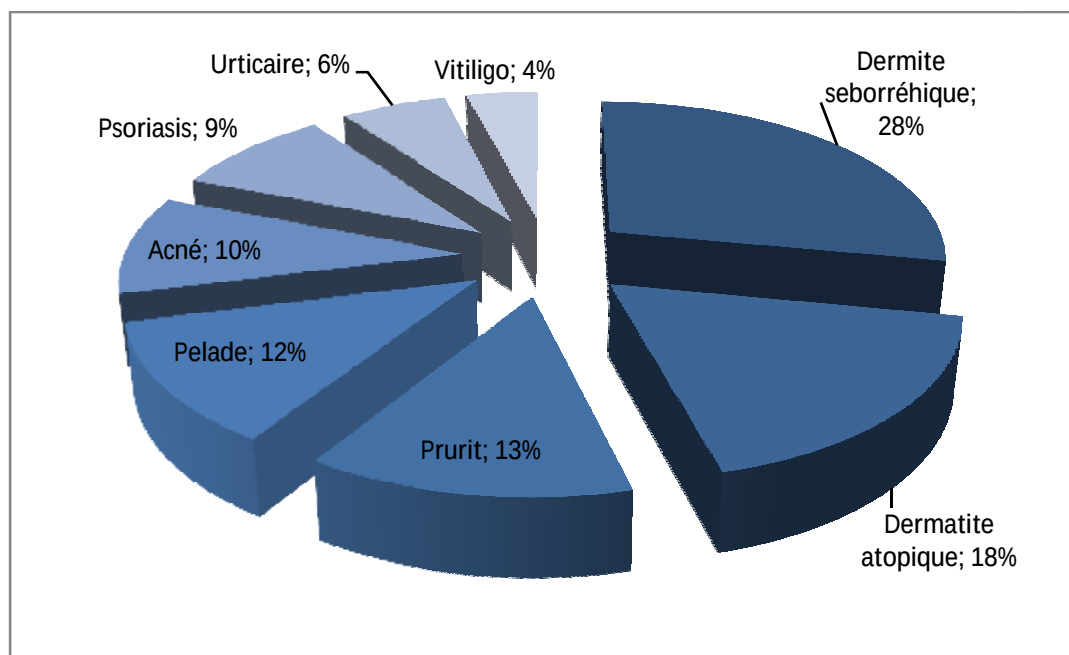


Figure 15: les dermatoses influencées par des troubles psychiques

d. Groupe 4 : Les dermatoses responsables de troubles psychiques :

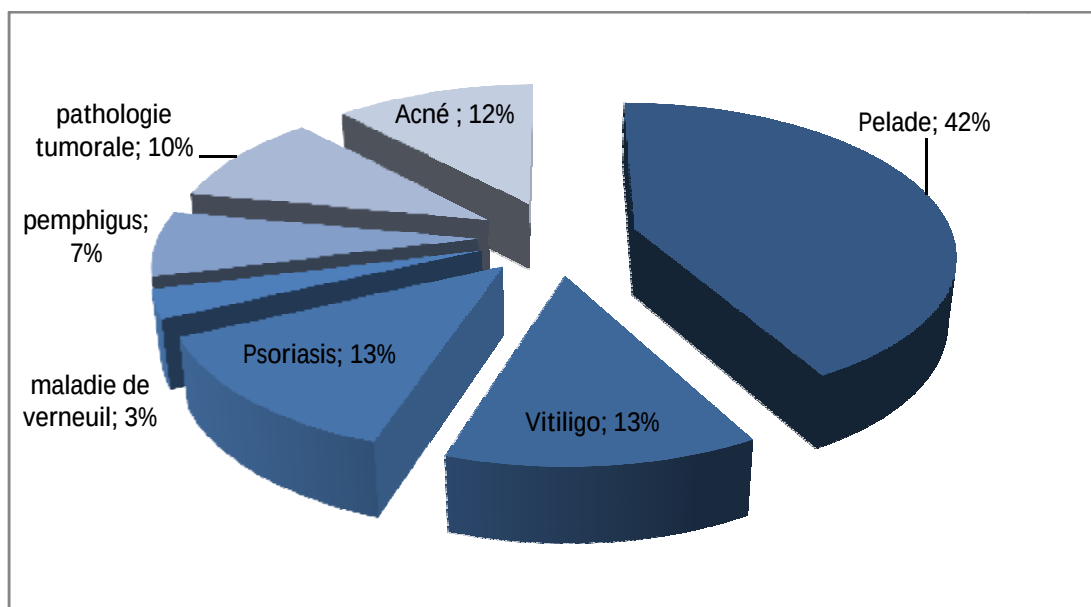


Figure 16: Les dermatoses responsables de troubles psychiques

e. Groupe 5 : les dermatoses secondaires aux psychotropes :

Dans notre série on a recensé 4 cas de toxidermie aux médicaments psychiatrique, il s'agissait :

Tableau 1 : répartition de toxidermies retrouvées dans notre étude

<u>cas</u>	Type de toxidermie	Médicaments incriminés	Délai d'apparition
<u>1</u>	rash maculo-papuleux	halopéridol	2 semaines
<u>2</u>	rash maculo-papuleux	halopéridol	3 semaines
<u>3</u>	Urticaire	fluoxétine	3 jours
<u>4</u>	Pruit médicamenteux	Sertraline	1 semaine

B- Résultats analytiques

1. Corrélation entre les catégories diagnostiques en dermatologie et l'usage de substance toxique

Dans notre étude, l'usage de substance toxique était significativement relié au groupe de dermatoses liées à l'hygiène, alors qu'il n'était pas significativement associé aux dermatoses responsables ou influencées par des troubles psychiques.

Tableau 2 : Corrélation entre les catégories diagnostiques en dermatologie et l'usage de substance toxique

		Catégorie diagnostique				Signification
		G1	G2	G3	G4	
SANS	Effectif	24	47	52	23	< 0,000
	%	16,4%	<u>32,2%</u>	<u>35,6%</u>	15,8%	
1 substance toxique	Effectif	23	16	10	2	
	%	<u>45,1%</u>	31,4%	19,6%	3,9%	
2 substances ou plus	Effectif	11	10	5	0	
	%	<u>42,3%</u>	38,5%	19,2%	0,0%	

2. Corrélation entre les catégories diagnostiques en dermatologie et le mode d'admission (hospitalisation/consultation)

Dans notre série les dermatoses en rapport avec l'hygiène était significativement plus fréquentes chez les patients hospitalisés, alors que le groupe des dermatoses responsables de troubles psychiques était objectivé de manière significative statistiquement chez les patients vus en consultation.

Tableau3: Corrélation entre les catégories diagnostiques en dermatologie et le mode d'admission (hospitalisation/consultation)

		Catégorie diagnostique				Signification p
		G1	G2	G3	G4	
Consultation	Effectif	23	48	48	25	<0,000
	%	16,0%	33,3%	33,3%	<u>17,4%</u>	
Hospitalisation	Effectif	35	25	19	0	
	%	<u>44,3%</u>	31,6%	24,1%	0,0%	

3. Corrélation entre les catégories diagnostiques en dermatologie et les sous groupes psychiatrique (névrotique/psychotique)

Dans notre étude, nous avons objectivé une relation significative entre des dermatoses liées à l'hygiène et les patients psychotiques, alors que les dermatoses responsables de troubles psychiques ainsi que les dermatoses secondaires à des troubles psychiques étaient plus fréquents chez les patients névrotiques

Tableau 4 : Corrélation entre les catégories diagnostiques en dermatologie et les sous groupes psychiatriques (névrotique/psychotique)

		Catégorie diagnostique				Signification
		1	2	3	4	P
NEVROSE	Effectif	7	40	34	23	< 0,000
	%	6,7%	<u>38,5%</u>	32,7%	<u>22,1%</u>	
PSYCHOSE	Effectif	51	33	33	2	
	%	<u>42,9%</u>	27,7%	27,7%	1,7%	

La dépression et la schizophrénie étaient les pathologies psychiatriques les plus fréquentes. Dans notre étude, les dermatoses en rapport avec l'hygiène étaient les plus fréquentes chez les schizophrènes alors que les dermatoses responsables de troubles psychiques ainsi que les dermatoses secondaires à un trouble psychiques étaient les groupes les plus fréquents chez les dépressifs :

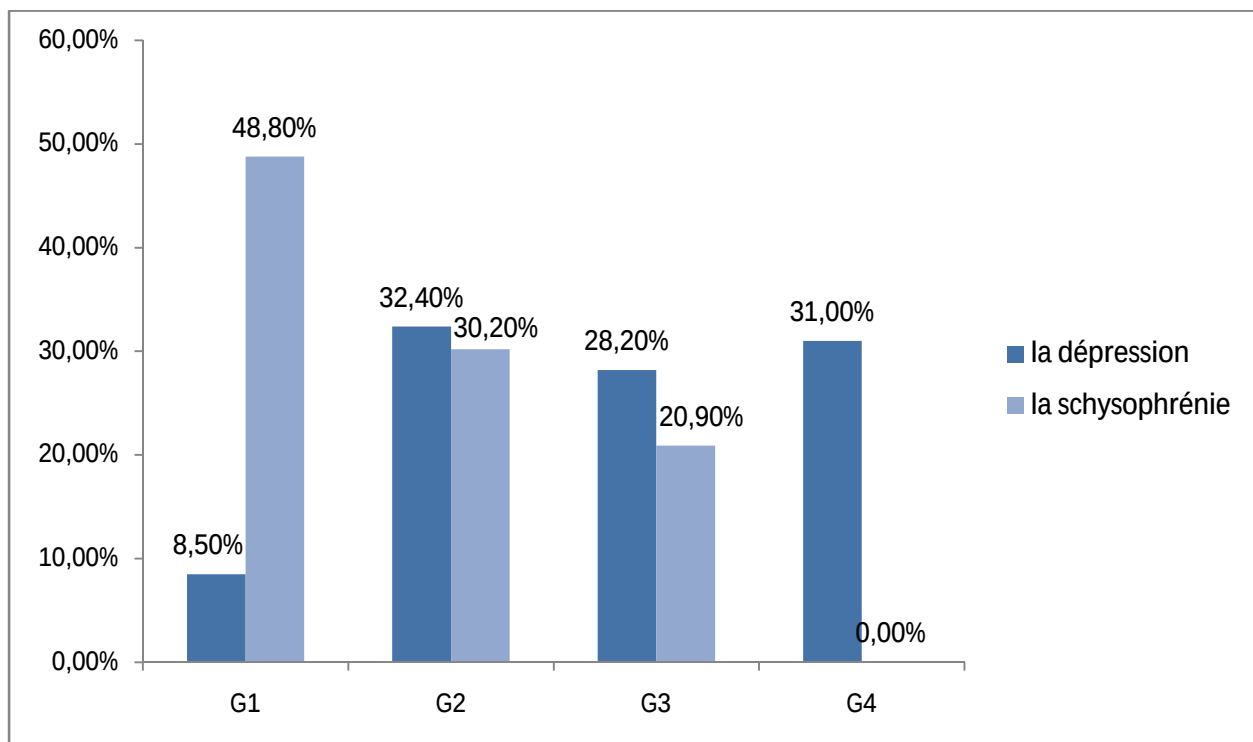


Figure 17 : Répartition des catégories diagnostiques chez les schizophrènes et les dépressifs

DISCUSSION

En tant qu'organe facilement remarqué et touché, la peau occupe une place particulière en psychiatrie. Sa grande particularité est sa visibilité à l'œil nu puisque toute lésion est gênante pour le patient et son entourage. En plus, grâce à sa réactivité à des stimuli émotionnels et la capacité d'exprimer des émotions telles que la colère, la peur, la honte et la frustration, et en fournissant l'image de soi et l'estime de soi, la peau joue un rôle important dans le processus de socialisation, qui se poursuit depuis l'enfance jusqu'à l'âge adulte (Domonkos, 1971; Koblenzer, 1983). [2]

Ainsi, La Psycho-dermatologie est le résultat de la fusion de deux grandes spécialités médicales : d'une part la psychiatrie qui implique l'étude des processus mentaux, qui se manifestent à l'intérieur, et d'autre part la dermatologie qui est responsable du diagnostic et du traitement des maladies de la peau et qui se manifestent à l'extérieur.

Actuellement plusieurs travaux s'intéressent aux liens entre la peau et le cerveau. Après avoir examiné les différents travaux publiés dans ce sens, nous avons constaté que ces études soulignent la participation du psychique dans diverses dermatoses ou s'intéressent à une dermatose particulière. Ainsi, la pelade et le psoriasis font régulièrement l'objet de publication.

Cependant, qu'en est-il de la part de la dermatologie dans le milieu de la psychiatrie ? Quelles sont les dermatoses retrouvées chez les patients présentant une affection psychiatrique ? Y-a-il une éventuelle relation entre les maladies psychiatriques et le profil des maladies dermatologiques recensées ? Voilà des questions qui semblent essentielles, pour nous les dermatologues.

En effet, il existe très peu de données publiées sur l'incidence des dermatoses chez les patients atteints de pathologie psychiatrique primaire [4]. De

ce fait, notre travail est parmi les rares études qui se proposent de mettre le point sur les différentes affections dermatologiques chez les patients suivis en milieu de la psychiatrie.

I. HISTOIRE DE LA PSYCHODERMATOLOGIE

L'histoire de psycho-dermatologie est aussi vieille qu'intéressante. En effet, plusieurs Philosophes, chirurgiens, dermatologues et psychiatres, ont depuis longtemps signalé la présence de la psycho-maladies cutanées dans divers papiers.

Nous citons à titre d'exemple : Hippocrate (460-377 avant JC) qui a mentionné, dans ses écrits, la relation entre le stress et ses effets sur la peau, citant : « le cas de personnes qui ont déchiré les cheveux en réponse au stress émotionnel ». En 1857, le dermatologue anglais William James Erasmus Wilson a écrit le livre "Maladies de la peau", dans lequel il décrit la première soi-disant « névrose de la peau », abordant des sujets tels le délire de parasitose, la pelade et le prurit. [5]

La psycho dermatologie est une entité individualisée en dermatologie depuis le siècle dernier. Le concept de liaison dermatologie-psychiatrie est originaire d'Europe puis il s'est propagé lentement vers l'Ouest [6]. Au 20e siècle, le médecin du Prince de Perse suggérait l'hypothèse que la maladie de la peau de son patient (psoriasis selon la description du texte original) était liée à son inquiétude au sujet de la succession de son père. [7]

Actuellement, la psycho-dermatologie est établie comme une sous-spécialité de la dermatologie, elle a récemment gagné en popularité et a été de plus en plus

étudié par les dermatologues dans le monde entier au cours des deux dernières décennies. [5]

Il existe actuellement plusieurs groupes spécialisés de psycho-dermatologie [8], nous citons : la société européenne spécialisée de dermatologie et de psychiatrie et également l'association de médecine Psycho-cutanée de l'Amérique du Nord. [6]

II. Psycho-dermatologie : réalité ou fiction ?

Diverses études sont menées afin d'établir une relation de cause à effet en matière de psycho-dermatologie, on peut ainsi citer plusieurs facteurs :

1. Une Origine commune

La peau et le cerveau ont une origine embryologique commune. Tous les deux se sont développés à partir de l'ectoderme, la couche cellulaire externe de l'embryon. Ainsi, cette connexion entre les deux systèmes débute dès les premiers stades de la vie. [9]

2. Rôle du stress

Dans une étude contrôlée, au Japon, portant sur 1500 personnes après un tremblement de terre, les auteurs ont constaté que l'eczéma atopique a augmenté (dans les régions A et B qui ont été exposés au tremblement de terre de 38% et 34%), par rapport avec des contrôles normaux (7% dans la région non-exposée). Aussi les taux de stress chez les personnes exposées étaient de 63% et 48%, respectivement pour les régions A et B, ce taux était de 19% dans la région non affectée. [2]

En effet, Un nombre croissant de travaux a tenté de cerner les relations entre les événements vitaux, stress, traits de personnalité et fonctions immunitaires. On a ainsi pu démontrer une altération de l'immunité humorale et surtout cellulaire, en situation de stress aigu, ou à la suite d'un deuil, ou encore chez des malades présentant une dépression sévère. Ces données expliquent le mécanisme d'action des facteurs émotionnels dans certaines dermatoses par des phénomènes auto-immuns (vitiligo, pelade, pemphigus par exemple). [10]

Les réactions biologiques au stress sont variables; des peptides vaso-actifs, les lymphokines, et médiateurs chimiques sont sécrétés après le stress et l'inflammation se développe à la suite de leurs influences sur le système immunitaire [2-4]. Des études expérimentales ont montré que les systèmes endocrinien, immunitaire et nerveux ne fonctionnent pas de manière autonome et qu'il existe une interaction complexe entre eux. [2]

Dans la peau, les cellules (kératinocytes, fibroblastes, cellules endothéliales..) peuvent former des synapses avec les terminaisons nerveuses dont le réseau est particulièrement dense dans la peau. Ces fibres nerveuses libèrent dans la peau des neuromédiateurs qui vont se lier à des récepteurs présents à la surface de la peau. L'activation de ces récepteurs conduit à la modification des fonctions de ces cellules et donc de la peau et de son système immunitaire. Ces interactions très étroites conduisent à définir le système neuro-immuno-cutané. [11]

Le cerveau agit également par l'intermédiaire de la voie endocrine. En effet les cellules de la peau possèdent des récepteurs aux hormones libérées suite à la stimulation de l'axe hypothalamo-hypophysaire. Les plus connus étant l'axe corticotrope et l'axe adrénotrope, ces deux derniers sont particulièrement activés au cours du stress. [12]

Le stress induit également le relargage de neurotransmetteurs dans la peau et l'augmentation des concentrations sanguines de cytokines comme les interleukines 1 et 6. [13]

3. Théories psycho-dynamiques et analytiques dans les maladies dermatologiques

Des analystes tels que Fenichel, Winnicott, et Anzieu ont souligné l'interaction entre la peau et l'inconscient [2]. Selon Fenichel, La peau est une zone érogène et le sens du toucher, la chaleur et la douleur, et est également une source de plaisir. Ainsi, Winnicott a expliqué la formation de l'urticaire papuleuse selon la psycho-dynamique comme une réponse à une stimulation basée sur des fantasmes inconscients [2].

Les psychanalystes ont suggéré également le rôle des échanges tactiles entre la mère et l'enfant. En effet, dès le début de la vie, la peau reçoit de nombreuses stimulations plus au moins agréables surtout par l'intermédiaire de la mère. Ainsi, la peau pourrait jouer le rôle de frontière entre le dedans et le dehors si le sujet avait acquis dans son enfance un sentiment de sécurité lié à la qualité des échanges avec sa mère. [14]

Enfin Anzieu soutient l'hypothèse de « moi peau » en insistant sur la peau en tant qu'organe participant au développement affectif, cognitif et social du petit homme. [14]

Cette approche psycho-dynamique est importante dans le traitement psychiatrique des maladies dermatologiques, mais bien entendu le rôle du

psychisme dans la maladie cutanée n'est pas la seule cause et il est indispensable de compléter cette approche par le traitement pharmacologique.

4. L'épi-génétique

L'épi-génétique est un nouveau concept dans le domaine de la psychiatrie qui suggère qu'il existe une régulation de l'expression des gènes par des mécanismes moléculaires (méthylation de l'ADN, la modification des histones, et dérégulation de microARN) en réponse à des stimuli environnementaux, des médicaments et des produits chimiques et que des épigénomes résident à l'interface entre le génome et l'environnement. [12]

Ce champ est encore à ses débuts, mais il a ajouté une dimension nouvelle à la compréhension de la co-morbidité en médecine psychosomatique. Il a un grand potentiel pour expliquer comment des facteurs extérieurs peuvent influencer sur nos gènes et conduire à diverses maladies. [12]

III. Le profil sociodémographique des patients

Les caractéristiques sociodémographiques de nos patients rejoignent globalement les données de la littérature.

- Répartition selon l'âge

Les patients hospitalisés dans les hôpitaux psychiatriques sont jeunes ; l'âge moyen est de 36,2 ans dans une étude au Chili [15] et de 44 ans en Suisse [16]. Dans notre étude, l'âge moyen de nos patients était de 27,5 ans, avec des extrêmes entre 15 ans et 60 ans, ce qui se rapprochait des données de l'étude marocaine du

CHU de Casablanca où l'âge moyen est de 31,5 ans [17]. Le relatif jeune âge de nos patients peut être expliqué par la jeunesse de la population marocaine et ne serait probablement pas spécifique aux malades psychiatriques.

- Répartition selon le sexe

Dans notre étude, A l'inverse des données de la littérature, on notait une prédominance féminine. En effet, les patients hospitalisés dans les hôpitaux psychiatriques sont pour la majorité des hommes. [17]

Ceci s'explique par le fait que dans notre étude, nos malades étaient également recrutés à partir de la consultation (ou la prédominance féminine étaient constaté par rapport au milieu hospitalier)

- Répartition selon le niveau socioculturel

Dans notre série, 70% des patients étaient scolarisés. En effet, Au Maroc, le taux de scolarisation au niveau primaire est de 90,5 %, au secondaire de 44 % et de 11 % au niveau supérieur [18].

Le bas niveau socio-économique peut être expliqué par le taux élevé de chômage dans notre étude (plus de 90%), et qui est constaté dans l'ensemble des données internationales [17]. Cette précarité serait en partie expliquée par la marginalisation dont souffre cette population.

- L'usage de substance toxique

Dans la littérature, l'abus de substance est une co-morbidité fréquente dans la maladie mentale [17]. Paradoxalement ceci n'a pas été retrouvé dans notre étude. Cette constatation est expliquée par la prédominance des femmes dans notre série qui sont moins concernées par l'utilisation de ces substances toxiques.

En effet, toutes les études s'accordent à dire que les jeunes hommes sont les plus touchés par l'usage de drogue [17].

Dans notre série ainsi que dans la littérature, le tabac et l'alcool sont les substances les plus utilisées, suivi du cannabis avant les psychostimulants et les opiacés [19].

IV. Le diagnostic psychiatrique

Le diagnostic psychiatrique de nos malades était retenu par le psychiatre selon la classification de DSM IV. Les pathologies pour lesquelles nos patients étaient suivis en psychiatrie étaient variées, dominaient par la dépression et la schizophrénie, ce qui rejoint les données de la littérature.

En effet, La schizophrénie concerne environ 0,7% de la population mondiale. [20]. Egalement, Les dépressions sont des troubles psychiatriques très fréquents. L'Enquête suisse sur la santé montre que, sur une période d'un an, 5,2% de la population suisse souffrent d'une dépression majeure. [21]

Vu la diversité des pathologies retrouvées et pour une meilleure analyse statistique, nous avons regroupé nos malades en 2 groupes : les psychotiques et les névrotiques. Bien que, Les concepts de psychose et de névrose, qui fondaient la clinique et la psychopathologie traditionnelles, ont été abandonnés dans la CIM-10 de l'OMS et les DSM-III et IV de l'APA ; les épithètes psychotique et névrotique restent employées (sans spécification ni validation) pour qualifier de façon approximative le type, l'intensité sinon la signification des symptômes psychiatriques [22].

Le terme « psychotique » est utilisé pour indiquer la présence des hallucinations, des idées délirantes, ou de comportements manifestement anormaux. Alors que, les Troubles « névrotiques » sont des troubles liés à des facteurs de stress et des troubles somatoformes. Il est encore rappelé que dans la CIM-10, le concept de névrose n'a pas été retenu comme principe de classification et l'adjectif névrotique est laissé pour que les cliniciens l'utilisent selon leurs inclinations théoriques [22].

V. Classification des désordres Psycho-cutanés

Les lésions dermatologiques chez nos patients en psychiatrie étaient aussi diverses que nombreuses. Plusieurs auteurs ont tenté de répartir ces manifestations psycho-cutanées en groupes ou rubriques selon plusieurs classifications

La plupart de ces classifications restent discutables ; elles ont l'intérêt de récapituler des problèmes quotidiens pour le dermatologue praticien et ceci pour une meilleure approche du patient. Nous citerons :

a. Classification de Koblenzer

Elle distingue 3 grandes catégories en fonction de l'implication des facteurs psychologiques

- o Expressions cutanées de désordres psychiatriques ;
- o Manifestations cutanées impliquant des facteurs psychogènes ;
- o Dermatoses dépendant de facteurs génétiques ou de facteurs environnementaux et influencées par le stress [23]

b. Classification de J.H.Saurat

Elle distingue 2 catégories

- o Expressions cutanées des désordres psychiatriques
- o Dermatoses dont le déclenchement et l'évolution impliquent des facteurs émotionnels [24]

c. Classification de J.Koo

Les affections psycho-cutanées peuvent être classées en 3 rubriques:

- o Troubles psychophysiologiques où, à priori, il n'y a pas de connexion directe entre la peau et le cerveau mais où le stress intervient ;
- o Troubles psychiatriques primaires entraînant des manifestations cutanées comme la Trichotillomanie et le délire de parasitose ;
- o Troubles psychiatriques secondaires liés à des dermatoses affichantes ou défigurantes avec détérioration de l'estime de soi, dépression et phobie sociale [3].

d. Classification de S.G.Consoli

Cette classification semble la plus complète intégrant l'ensemble des désordres psychiatriques en relation avec la dermatologie, que ceux-ci surviennent comme des circonstances de survenue ou comme des résultants de la maladie.

Elle distingue 7 groupes dont les effets secondaires des médicaments.

- o Retentissement psychique de toute maladie cutanée : toute dermatose peut altérer l'image que le sujet a de lui-même et qu'il offre aux regards des autres ;
- o Manifestations cutanées fonctionnelles sans substratum anatomique connu : prurit, glossodynie, vulvodynie, qui peuvent révéler une dépression ;

- o Conséquences cutanées des troubles de conduite où le trouble psychique est primitif comme dans la trichotillomanie et la pathomimie ;
- o Manifestations cutanées psychosomatiques où l'on objective des anomalies biologiques mais où des facteurs psychologiques jouent un rôle important dans le déclenchement et/ou les récives comme la pelade, le psoriasis, le lichen plan et la dermatite atopique ;
- o Effets secondaires psychologiques et/ou psychiatriques des traitements dermatologiques ;
- o Complications dermatologiques des psychotropes [24].

VI. Place de la dermatologie en milieu de psychiatrie : notre étude

La nécessité d'une liaison psycho-dermatologie a été bien établie [6]. En effet, Les dermatologues sont souvent confrontés à une comorbidité psychiatrique, puisque celle-ci concernerait 30 à 40 % des patients atteints de maladies dermatologiques [1]. Notre étude, dans le sens inverse, approuve toute la place de la dermatologie au sein de la psychiatrie puisque 83% des patients examinés dans notre série présentaient une lésion dermatologique. Nos résultats rejoignent ceux de la littérature, une étude égyptienne a recensés une dermatose chez 71,5% des patients psychiatriques et dans seulement 22% des cas chez des témoins sans affections psychiatriques avec une différence significative. Ceci est en accord également avec l'étude de Mookhoek, et al. qui ont constaté que les maladies de la peau étaient plus fréquents chez les patients psychiatriques (77%). [4]

Ces différentes classifications, citées ci-dessus, ont été élaborées en s'intéressant au profil des affections psychiatriques chez des patients suivis en dermatologie. Dans notre cas, nous avons essayé de répartir nos patients en divers catégories diagnostiques en se basant, en partie, sur ces classifications. Nous avons ainsi regroupé les pathologies dermatologiques de nos malades comme ceci:

1. Dermatoses liées à un défaut d'hygiène

Cette catégorie diagnostique n'a jamais été rapportée dans les études précédentes. Ceci est expliqué par le fait que peu d'études se sont intéressées au profil des lésions dermatologiques chez les patients avec une maladie mentale. En effet, en examinant nos malades, nous avons recensés beaucoup de pathologies liées à une mauvaise hygiène, notamment les maladies infectieuses. En effet, Dans la littérature, l'étude a montré que les maladies infectieuses de la peau sont plus fréquentes chez les patients psychiatriques (66,9%) que chez le groupe témoin sans atteintes psychiatriques (50%) avec une différence significative, les pathologies parasitaires étaient les plus fréquentes [4]. Cette entité était relativement fréquente dans notre série puisque elle représentait 19% de nos patients. Les pathologies comprenaient par ordres de fréquences : les dermatophyties, les états pelliculaires du cuir chevelu, les pédiculoses, la gale et les folliculites.

L'étude analytique a objectivé que ce groupe de dermatoses liées à l'hygiène était significativement plus fréquent chez les patients psychotiques ; également il était plus retrouvé chez les patients en séjour hospitalier que chez les malades vus en ambulatoire, et en fin elles étaient significativement plus associées à l'utilisation de substances toxiques.

Ces résultats sont justifiés ; en effet, les patients psychotiques sont souvent emportés par leurs délires favorisés par la consommation de drogues (notamment le cannabis dont la consommation était fréquemment retrouvée chez les psychotiques), ce qui pourrait expliquer leurs désintérêts à leur état de propreté et à leur hygiène quotidienne ; ceci constituerait un milieu propice pour le développement de ces dermatoses.

Ces pathologies étaient également plus fréquentes en hospitalier ; ceci pourrait être expliqué du fait que ces patients sont livrés à eux même, alors que les malades vus en ambulatoires sont le plus souvent pris en charge par leurs familles, veillant ainsi sur leurs état de propreté. En effet, une enquête menée au centre psychiatrique universitaire de Casablanca auprès de patients schizophrènes a révélé que 95 % d'entre eux vivaient avec leur famille [17].

Aussi la vie en collectivité avec une grande promiscuité en milieu hospitalier, pourrait être un facteur favorisant du développement de ce groupe de pathologies dont une grande partie est contagieuse. A noter que parmi ses patients, un grand nombre ont eu un Séjour en milieu carcéral avant leurs admission ; chez ces malades, on a constaté tout particulièrement une grande fréquence de la gale.

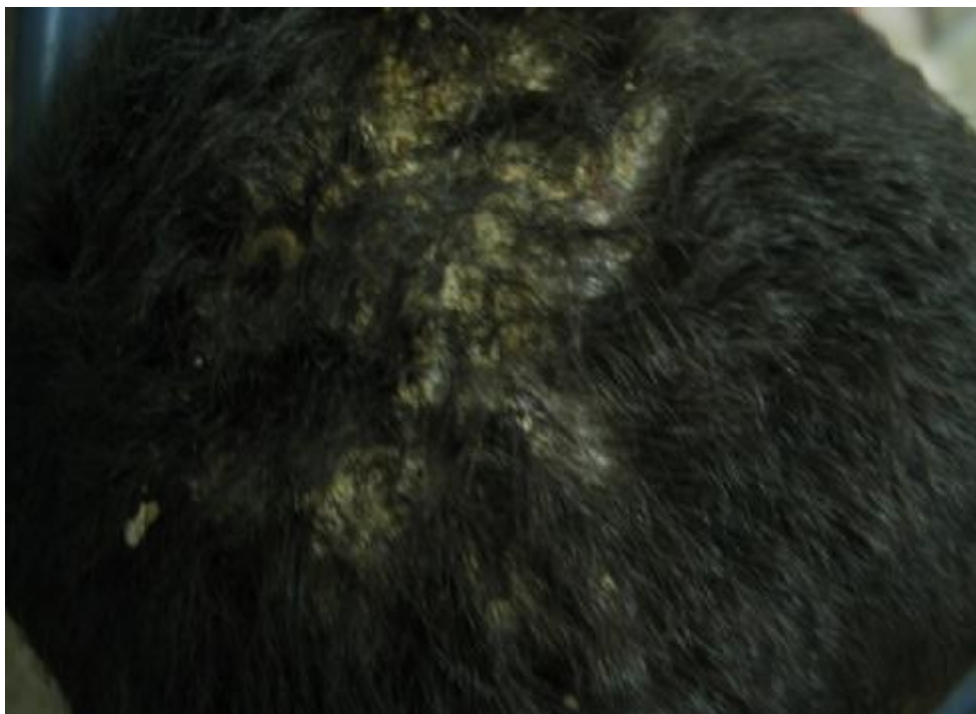


Figure 18 : teigne du cuir chevelu



Figure 19 : teigne du cuir chevelu



Figure 20 : dermatophytie



Figure 21 : gale



Figure 22 : folliculites

2. Les dermatoses secondaires à des troubles psychiatriques

Chez ce groupe de patients, la pathologie primaire est psychique et les maladies de peau sont auto-induite et secondaire. Ces pathologies psychiatriques dites primaires sont rares [8]. Cependant dans notre série, Il s'agissait du deuxième groupe de dermatoses par ordre de fréquence puisque cela concernaient 22,3% des malades examinés, ceci est dû probablement à un biais de sélection puisque tous nos malades présentaient forcément un trouble psychiques pour lequel ils étaient suivis en psychiatrie.

Dans la majorité des cas, les malades souffrant de ce type de pathologies consultent en première intention un dermatologue [14]. En effet, nos patients présentant une pathomimie, une trichotillomanie, un prurit psychogène ainsi que les deux cas présentant un syndrome d'ekbom ont d'abord bénéficié d'une consultation chez le dermatologue ; ce dernier joue un rôle important d'abord pour soupçonner et établir le diagnostic et plus tard pour assurer une gestion appropriée.

Dans notre étude, ces dermatoses étaient aussi bien diagnostiquée chez les psychotiques que chez les névrotiques, et chez les patients en hospitalier et en ambulatoire. En effet, Ces patients ont souvent des problèmes de fonctionnement psychologique sous-jacent très variés : l'illusion, le trouble obsessionnel compulsif (TOC), l'anxiété, la dépression, le trouble du contrôle des impulsions et les troubles de la personnalité, ce qui est essentiel à identifier et à gérer en conséquence [8]. Ceci Justifie, encore une fois, tout l'intérêt d'une collaboration entre psychiatre et dermatologue.

Plusieurs pathologies en rapport avec des symptômes psychiatriques primaires et se présentant comme une plainte dermatologique ont été décrits dans la littérature, il s'agit de : [8-14-25]

- Ø l'illusion : la folie des parasitoses et Les idées délirantes de bromhidrose
- Ø Hallucinations : hallucinations tactile.
- Ø Les problèmes d'image corporelle liées au système tégumentaire : exemple, le souci de rides, pilosité faciale excessive, Troubles associés : le trouble dysmorphie corporelle ou « la dysmorphophobie », Troubles liés aux dermatoses auto-infligées
- Ø Münchhausen syndrome
- Ø la Dermatite factice ou pathomimie
- Ø les excoriations névrotiques
- Ø L'acné excoriée
- Ø La trichotillomanie
- Ø Glossodynies et glossopyrosis, vulvodynie
- Ø le Prurit psychogène
- Ø le syndrome de purpura psychogène

Les pathologies cutanées retrouvées dans notre série étaient par ordres de fréquences :

a. les automutilations

L'automutilation est caractérisée par des blessures et dommages physiques directe, exclue d'intention suicidaire. La forme la plus répandue d'automutilation est la dégradation cutanée, dans notre série il s'agissait le plus souvent de scarification, suivie des brulures de cigarettes. [26]

Elle est listée dans le DSM-IV en tant que symptôme du trouble de la personnalité borderline. Cependant, elle peut se voir chez les patients atteints de dépression, de troubles anxieux, d'addiction substantielle, de troubles des conduites alimentaires, de trouble de stress post-traumatique, de schizophrénie et autres troubles de la personnalité [26]. Chez nos patients, ce trouble a été objectivait essentiellement chez les psychotiques (les schizophrènes en particulier), suivis des patients dépressifs.

b. Le prurit psychogène

Il existe un prurit spécifiquement psychogène, que certains auteurs appellent « troubles fonctionnels prurigineux » et qui se définit comme un prurit au cours duquel les facteurs psychologiques jouent un rôle dans sa genèse, son aggravation ou sa persistance [27].

Il doit rester un diagnostic d'élimination [28], en effet, tous nos patients ont bénéficié d'abord d'un bilan de prurit chronique avant de retenir le prurit psychogène. Il ne doit pas être confondu avec un prurit idiopathique. L'efficacité du traitement psychiatrique, retrouvée chez nos patients, sera un élément fort en faveur

de la réalité de l'origine psychogène du prurit. Misery et Al ont proposé des critères diagnostiques [8]. Dans la littérature ainsi que dans notre série, il est fréquemment associées à la dépression et/ ou à l'anxiété [8]

c. La dermite d'irritation

Retrouvée dans 80,2 % chez les patients névrotiques avec des troubles obsessionnels compulsifs centrés sur les rituels de lavage et de désinfection. L'immersion prolongée dans l'eau avec l'utilisation abusive de produits de nettoyages, souvent caustiques et allergisants, étaient responsables de ses dermites d'irritation.

d. La pathomimie : [29]

Les pathomimes sont en général des femmes comme ce qui était le cas dans notre série. C'est une Maladie provoquée par le patient lui-même sur son revêtement cutaneo-muqueux ou ses phanères. Sur le plan nosographique, on pourrait situer la pathomimie dans le domaine des états limites, à la limite entre névrose et psychose. Le diagnostic de pathomimie est souvent difficile et ne peut se faire qu'après avoir éliminé une dermatose organique et en se basant sur un faisceau d'arguments :

- Lésions aux contours nets, situées sur des zones facilement accessibles
- Début brutal mais flou
- Récidives inexplicables
- Amélioration ou guérison des lésions sous occlusif ou plâtre ;
- Grande tolérance pour des lésions très affichantes
- Importance du secret sur l'origine des lésions pour le patient



Figure23 : pathomimie mimant un ulcère de jambe

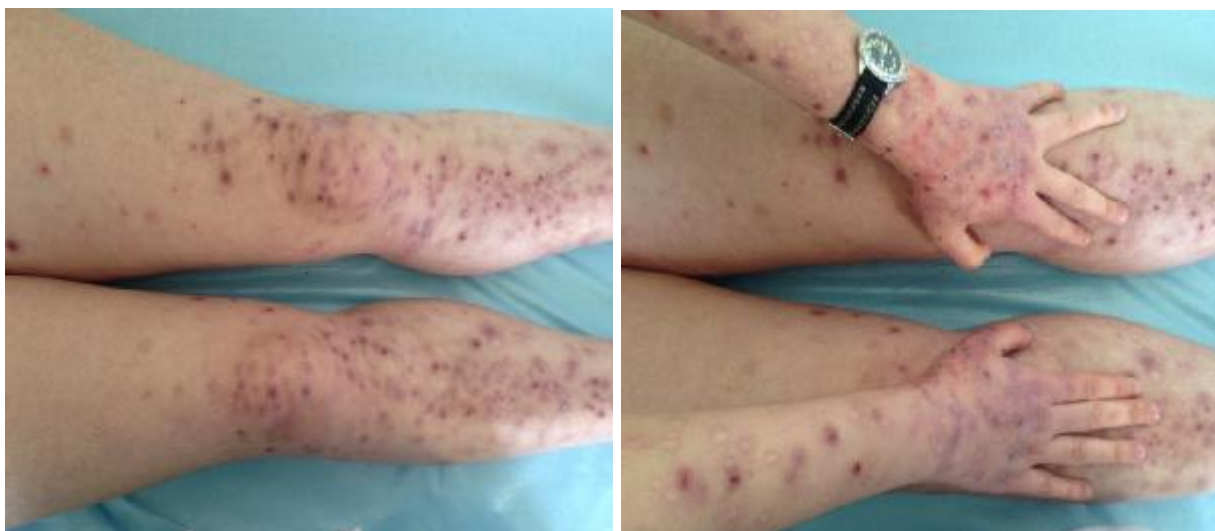


Figure24 a - b : pathomimie

e. L'acné excoriée

Les excoriations dites « névrotiques » étaient représentées dans notre série par l'acné excoriée. Elles se définissent comme des excoriations cutanées réalisées par les sujets eux-mêmes qui ont pris l'habitude d'enlever la plus petite imperfection ou la plus petite irrégularité de leur peau. Chez nos patients et conformément à la littérature, elles sont plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes. Sur le plan psychique, elles sont considérées comme une réaction impulsive qui ne fait pas partie des troubles obsessionnels compulsifs, cette impulsivité est définie par un défaut ou un contrôle inefficace entraînant un comportement désinhibé [30]. Pour d'autres, Cette conduite devient parfois compulsive chez des femmes dont la personnalité névrotique est organisée sur un mode obsessionnel.[31]



Figure 25 : excoriation névrotique sur des lésions d'acné

f. Le syndrome du délire d'infestation

Ou le syndrome d'Ekbom, est une pathologie rare, l'incidence annuelle de 0,2%, il représentait dans notre série 0,7% des cas. Dans sa forme typique il est de prédominance féminine, alors que les 2 cas, dans notre série, étaient de sexe masculin. Il s'agit d'une conviction du patient d'être infestée par des parasites, la frontière entre psychose et névrose est floue, la fausse croyance d'infestation semblant tantôt s'intégrer dans un fonctionnement psychotique, tantôt dans un fonctionnement plus hystérique. [32]



Figure 26: syndrome du délire d'infestation

g. La trichotillomanie

Mr Hallopeau a décrit la trichotillomanie comme une conduite d'arrachage compulsif des cheveux ou des poils. Elle prédomine nettement dans le sexe féminin comme ce qui était le cas dans notre série. Sur le plan psychologique, les trichotillomanes présentent souvent des troubles de l'humeur. En outre, la trichotillomanie ne signe pas une organisation particulière de la personnalité. Il peut s'agir soit, d'une personnalité névrotique organisée sur un mode obsessionnel compulsif, ou il peut s'agir d'une personnalité psychotique ou des personnalités limites entre les deux extrêmes. [33]



Figure a-27



Figure b-27

Figure 27 (a-b): trichotillomanie

3. Les dermatoses influencées par des troubles psychiques

De nombreuses maladies de la peau sont réputées d'être psycho-somatiques. Ce qui veut dire que dans leurs déclenchements et/ou dans leurs évolutions, des facteurs psycho-sociaux peuvent intervenir. L'étiologie des dermatoses dans ce groupe est multifactorielle. La relation entre les lésions cutanées et les conditions psychologiques est moins comprise. D'une part, les situations stressantes, et d'autre part, les mécanismes de défense psychologiques et physiologiques complexes [2]

Ce groupe de pathologie concernait 24% de nos malades, l'étude analytique n'a pas objectivé de relation avec la consommation de substance toxique, les patients étaient vus aussi bien en consultation qu'en ambulatoire. Les troubles névrotiques étaient légèrement plus fréquents que les troubles psychotiques dans ce groupe. La diversité des profils dans ce groupe de dermatoses pourrait être expliquée par le rôle important du stress dans le déclenchement de ces dermatoses, ce dernier étant présent dans plusieurs troubles psychiatriques.

Plusieurs pathologies sont citées dans ce chapitre tel : le psoriasis, la pelade, le vitiligo, la dermatite atopique, la dermatite séborrhéique, ou encore le lupus [8-14-25]. Dans notre série, les pathologies retrouvées étaient par ordre de fréquence :

a. La dermatite séborrhéique : [34]

Cette dermatose était la plus fréquente de patients puisqu'elle représentait 28% des cas de ce groupe. Peu d'études ont concerné les éléments psychopathologiques des malades atteints de dermatite séborrhéique. Une étude comparant 150 malades atteints de maladies psychiatriques avec 150 malades en attente d'intervention chirurgicale a montré que la dermatite séborrhéique était plus

fréquente chez les sujets du premier groupe ayant une humeur dépressive. Les résultats de cette étude rejoignent la fréquence constatée de la dermatite séborrhéique chez nos patients en psychiatrie. Les mécanismes physiopathologique restent encore mal connue, l'incrimination du stress à l'origine de la poussée a été suggéré, une étude à montrer un lien possible entre un événement de vie stressant et une poussée de dermatite séborrhéique. Dans cette étude, il a été objectivé une forte prévalence de l'anxiété et de la dépression. Cette anxiété n'est pas conjoncturelle mais liée à un trait de personnalité.

b. La dermatite atopique :

Représentait dans ce groupe 18% des cas. Le stress lié à la maladie joue un rôle important dans l'augmentation de la sévérité. En effet, la prévalence des événements de la vie stressant avant l'apparition de la dermatite atopique est de 70%. Il n'a pas été démontré que la gravité de la psychopathologie et la gravité de la dermatite atopique sont comparables [14]

c. Le prurit et le prurigo :

Dans ce groupe, on a également recensés 13% de patients qui présentaient un prurit ou un prurigo, en effet chez ces patients un prurit psychogène n'a pas pu être retenu vu la discrète amélioration sous le traitement psychiatrique et la présence de signes pouvant expliquer ce prurit tel la xérose, le prurit sénile, l'insuffisance rénale...Cependant la co-morbidités psychiatriques chez ces malades pourraient abaisser leurs seuil de détection prurit et ainsi l'intensité du prurit peut être plus importante.



Figure 28 : Prurigo

d. La Pelade :

Les facteurs psychologiques sont souvent déclarés par le patient, son entourage ou par le médecin, comme une cause d'alopecie. Si le stress est clairement noté dans les jours ou semaines qui précèdent le déclenchement ou l'exacerbation d'une pelade, les mécanismes inducteurs restent mal connus. Plusieurs études réalisées avec des tests psychométriques standardisés, ont objectivé un lien entre la pelade et des troubles psychologiques tels qu'une anxiété, une dépression, une phobie, des troubles du sommeil, des signes paranoïaques, une énurésie, une trichotillomanie, sans individualiser une personnalité caractéristique de la pelade. Il n'apparaît pas non plus de parallélisme entre les troubles psychologiques et la gravité de la pelade. [35]

Malgré son caractère bénin, son caractère affichant perturbe sévèrement la vie sociale et affective des individus, en laissant chez les patients un sentiment d'incompréhension et de grande vulnérabilité. De ce fait, cette dermatose est également responsable d'un retentissement psychologique sur les patients.



Figure 29 : pelade

e. Le psoriasis :

Le psoriasis est une dermatose multifactorielle. De nombreuses études [36] ont mis en exergue le rôle du stress dans le déclenchement et l'exacerbation du psoriasis. Une étude a montré que les facteurs psychosociaux ont été impliqués dans l'apparition et l'exacerbation du psoriasis chez 40% à 80% des patients. Cependant, il n'y a pas une relation clairement établie entre le stress et le délai d'apparition ou d'aggravation du psoriasis.

Par ailleurs, l'impact psychosocial du psoriasis peut entraîner un stress quotidien important pour le patient, secondaire à la défiguration cosmétique et à la stigmatisation sociale [36]. Le psoriasis fait également partie des dermatoses responsables de trouble psychique, entraînant ainsi un cercle vicieux pour les

malades. En effet, Une étude effectuée en 2002 dans le Royaume-Uni [37] a montré une forte incidence de la dépression, de l'anxiété et des tendances suicidaires chez les patients psoriasiques par rapport à la population générale



Figure 30: Psoriasis

4. Les dermatoses responsables de troubles psychiques :

Les affections de la peau sont rarement mortelles, cependant elles sont associées à une morbidité et une altération importante de la qualité de vie. En effet, les problèmes de peau, en particulier les maladies chroniques de la peau, affectent les parties exposées du corps avec une grande visibilité. Ce caractère affichant et la défiguration qui en résulte, peuvent causer l'embarras, une mauvaise image de soi avec un faible estime de soi, et par conséquent une dépression, de l'anxiété, et parfois l'idéation suicidaire chez ces patients [8]. D'autres part, et surtout dans notre contexte marocain, ces patients sont souvent discriminés voire évités, de peur de la contagiosité des dermatoses.

De nombreux patients sont en mesure de faire face à ces maladies de peau affichantes, tandis que d'autres développent des morbidités psychiatriques secondaires. En effet, la prévalence globale des troubles psychologiques chez les patients atteints de la maladie de la peau est estimée entre 30-60 % [38]. Dans notre série, ce groupe ne représentait que 10% de l'ensemble des malades. Alors qu'un retentissement psychologique est fréquemment constaté chez nos malades dans notre pratique quotidienne entant que dermatologues. Nous expliquons cette variabilité par le fait que souvent ces malades refusent la consultation et le suivi en psychiatrie. En effet, dans la société marocaine, la maladie mentale est souvent reliée à la folie et les patients suivis en psychiatrie sont victimes d'une importante stigmatisation. Cette image encore négative dans notre contexte empêcherait les malades d'accepter une prise en charge psychologique.

Dans notre série, l'étude analytique a objectivé que ce groupe de dermatoses était statistiquement plus fréquent en consultation et sans relation avec la consommation de substances toxiques. Le trouble psychiatrique était surtout une pathologie névrotique ($p < 0,00$) chez la quasi-totalité des patients. Conformement à la littérature il s'agissait d'une dépression dans la majorité des cas. En effet la prévalence du trouble dépressif majeur en dermatologie est estimée à 8,4%. [39].

Les dermatoses responsables des troubles psychiques dans notre série rejoignent d'une manière globale ceux de la littérature, il s'agissait par ordre de fréquence de : la pelade dans 42% des cas, suivi du vitiligo, psoriasis, l'acné, la pathologie tumorale, les pemphigus et enfin 2 cas avec la maladie de Verneuil. Dans la littérature, l'étude de Gupta et Gupta a montré la prévalence des idées suicidaires de 5,5% et de 5,6% dans le psoriasis et l'acné sévères, respectivement [40]. Mattoo et al [41] ont trouvé que 25 % des patients atteints de vitiligo avaient une morbidité

psychiatrique. La majorité des cas ont reçu un diagnostic de trouble d'adaptation. Dans une autre étude, le General Health Questionnaire (GHQ) a évalué les taux de morbidité psychiatrique à 33,63 % et 24,7% pour le vitiligo et le psoriasis, respectivement [41], le trouble de l'adaptation (56% vs 62 %) , l'épisode dépressif (22 % vs 29 %) , et la dysthymie (9 % vs 4 %) ont été les troubles psychiatriques les plus courants.

Ces différents résultats approuvent, encore une fois, tout l'intérêt de la psycho-dermatologie. Ainsi, le dermatologue devrait s'intéresser et rechercher une co-morbidité psychologique de ces dermatoses chroniques affichantes. Il devra alors conseiller et apporter un soutien psychologique à ses malades, et enfin l'orienter chez le psychiatre pour une meilleure prise en charge du patient.



Figure 31: vitiligo

5. Dermatoses iatrogènes aux psychotropes

Les réactions cutanées indésirables sont associées aux médicaments psychiatriques chez environ 2% à 5% des malades sous ces traitements [42]. En effet, ils sont rares et l'incidence des toxidermies dues aux psychotropes est estimée de 0,1% de 0,2% [43]. Dans notre série 4 cas de toxidermies ont été recensés, soit 1,6% de nos malades.

Dans la littérature comme ce qui a été constaté chez nos patients, la plupart des réactions médicamenteuses cutanées indésirables associées aux médicaments psychotropes sont bénignes, les toxidermies graves en rapport avec les traitements psychotropes restent rares [42].

Dans notre série, les médicaments responsables étaient les neuroleptiques (halopéridol) dans 2 cas de rash maculo-papuleux, les antidépresseurs (le fluoxétine) dans un cas d'urticaire et le (sertraline) dans un cas de prurit médicamenteux. De multiples classes de psychotropes responsables de toxidermies sont décrits dans la littérature avec 39% de ces réactions sont dues aux stabilisateurs de l'humeur, 29% avec les antidépresseurs et 19% avec les neuroleptiques [43].

Malgré leur faible incidence, il est important que les cliniciens sachent reconnaître ces lésions cutanées iatrogènes aux psychotropes car ils peuvent limiter l'adhésion du patient au traitement, accroître la morbidité et parfois mettre en jeu le pronostic vital.

LIMITES ET PERSPECTIVES

1. Limites

Au cours de cette étude prospective, les difficultés qui ont entravé ce travail sont :

- L'impossibilité de visiter quotidiennement les malades, cependant malgré une visite hebdomadaire, ceci n'a pas constitué un biais de sélection vu la diversité des dermatoses recensées.
- L'interrogatoire avec les malades était parfois difficile vu leurs états agités ou discordants.

2. Perspectives

- les manifestations dermatologiques en milieu de psychiatrie sont diverses et fréquentes. De ce fait, la nécessité d'une collaboration étroite entre les médecins dermatologues et les psychiatres est capitale pour une meilleure prise en charge des patients.
- Les résultats de notre étude sont intéressants mais restent préliminaires, ceci nous encourage à la réalisation d'autres travaux comparatifs avec un échantillonnage plus larges.

CONCLUSION

Notre étude confirme tout l'intérêt d'une collaboration psychodermatologique vu le nombre important et la variabilité des dermatoses recensées. Le profil de ces dermatoses varie en fonction de la pathologie psychiatrique, ainsi on notait la prédominance des dermatoses d'hygiène notamment infectieuses chez les psychotiques, en milieu hospitalier et chez les consommateurs de substances toxiques de façon significative. Les dermatoses secondaires aux troubles psychiques étaient le groupe le plus fréquent, dominées par les automutilations. Les facteurs psychologiques ont une place importante dans le déclenchement et/ou l'évolution des dermatoses retrouvées dans 28% de notre série. Aussi, certaines maladies de peau peuvent altérer considérablement la qualité de vie des malades par leurs caractères affichants ou parfois par leurs pronostics et être responsable de l'apparition de troubles psychiatriques. Enfin, Les toxidermies aux psychotropes restent rares.

Ainsi, la compréhension de l'existence d'un cycle, dans lequel les perturbations psychologiques causent des maladies de la peau et ou les maladies de la peau provoquent des troubles psychologiques, est la base d'une bonne collaboration entre le psychiatre et le dermatologue.

Dans ce scénario, nous insistons sur l'idée que le dermatologue doit être prêt à diagnostiquer une affection psychiatrique chez ces patients, de fournir et de s'approprier un soutien psychologique et enfin d'orienter les malades pour une prise en charge psychiatrique spécialisée.

RESUME

Introduction : Les dermatologues sont souvent confrontés à une comorbidité psychiatrique de leurs patients. Le but de notre étude était de faire un état des lieux de la psychodermatologie dans notre institution et de rechercher une éventuelle association entre ses deux types de pathologies.

Patient et méthodes : Étude prospective sur 1 an réalisée en collaboration entre le service de dermatologie et de psychiatrie du CHU de Fes. Elle a concerné les patients hospitalisés ou non au service de la psychiatrie. Tous les patients étaient examinés par deux dermatologues.

Résultats : Sur 300 patients inclus, nous avons enregistré 250 cas de dermatoses soit 83% des patients. 33% des cas en hospitalier et 67% en ambulatoire. L'âge moyen était de 27 ans. Le sexe ratio F/H:1,5. Les pathologies psychiatriques étaient une psychose (55,5%). La névrose représentait (45,5%). On a distingué entre 6 groupes de dermatoses qui étaient respectivement : les dermatoses en rapport avec d'hygiène dominés par la pathologie infectieuse (18%), les troubles psychiques responsables de troubles Cutanés (22,3%), les maladies cutanées aggravées par des troubles psychiques (24%), les troubles psychiques secondaire à des dermatoses (10%) et les cas d'association sans relation apparente (7%). Quatre cas de toxidermie ont été notés. La comparaison entre les groupes, trouvait que le groupe 1 était plus fréquent chez les patients psychotiques ; en séjour hospitalier et chez les patients utilisant des substances toxiques ($p < 0,000$). Le groupe 2 était représenté par les dermites d'irritation retrouvé dans 80,2 % dans les troubles obsessionnels et compulsifs et par les automutilations dans 40% des cas des psychotiques. Dans le groupe 3, les dermatoses les plus fréquentes étaient les dermites séborrhéiques et le

psoriasis. Le groupe 4 était plus fréquent chez Les névrotiques et chez les patients vus en consultation ($p < 0,000$).

Discussion : Notre étude confirme l'intérêt d'une collaboration psycho-dermatologique vu le nombre important et la variabilité des dermatoses recensées. Le profil de ces dermatoses varie en fonction de la pathologie psychiatrique ainsi on note la prédominance des dermatoses d'hygiène dans le groupe des psychotiques de façon significative, ce qui pourrait être expliqué par le désintérêt de ces malades à leur état de propreté, favorisée par la consommation de drogues. Aussi les facteurs psychologiques ont une place importante dans le déclenchement et/ou l'évolution des dermatoses retrouvées dans 28% de notre série. Dans le groupe des névroses, on notait une relation significative avec le groupe 4 ce qui pourrait être expliqué par la vulnérabilité de ces malades à leurs pathologies dermatologiques parfois affichantes.

Conclusion : la présence de liens entre la peau et le cerveau justifie le travail en duo du psychiatre et du dermatologue.

REFERENCES

- [1] : Misery L, Feton-Danou N. Psychodermatology in france. Ann Dermatol Venereol. 2008;135(12):863-5
- [2] : Mercan.S, Kivanç Altunay I. Psychodermatology: a collaboration between psychiatry and dermatology. Turk Psikiyatri Derg. 2006;17(4):305-13.
- [3] : Koo J. Lebwohl A. Psycho dermatology: the mind and skin connection. AAF, 2001; 64 (11): 1873- 79
- [4] : Nayera H. Moftah , Abeer M. Kamel , Hussein M. Attia , Mona Z. El-Baz , Hala M. Abd El-Moty. Skin diseases in patients with primary psychiatric conditions: A hospital based study. Journal of Epidemiology and Global Health (2013) 3, 131– 138
- [5] : França K, Chacon A, Ledon J, Savas J, Nouri K. Psychodermatology: a trip through history. An Bras Dermatol. 2013;88(5):842-3.
- [6] : Shrutakirthi D Shenoi, Smitha Prabhu, B Nirmal, and Shailee Petrolwala. Our Experience in a Psychodermatology Liaison Clinic at Manipal, India. Indian J Dermatol. 2013; 58(1): 53–55
- [7] : Kawahara T., Henri L., Mostaghimi L. Needs assessment survey of psychocutaneous medicine. Int J Dermatol, 2009; 48 (10):1066-70
- [8] : Yadav S, Narang T, Kumaran M S. Psychodermatology: A comprehensive review. Indian J Dermatol Venereol Leprol 2013;79:176-92
- [9] : S. DeWeerd . Psychodermatology: An emotional response. Nature 2012(492): S62-S63
- [10] : Lotti T., Hautmann G., Panconesi E. Neuropeptides in skin. J Am Acad Dermatol, 1995; 33: 482-96
- [11] : Misery L. dermatit atopique et psychisme. Ann Dermatol venereol 2005;133: 1S112-5
- [12] : Misery L, Roguedas AM. Atopie and stress. Ann Dermatol Venereol 2004;13:1008-11

- [13] : Steptoe A, Hamer M, Chida Y. The effects of acute psychological stress on circulating inflammatory factors in humans: a review and meta-analysis. *Brain Behav Immun.* 2007 Oct;21(7):901-12
- [14] : Consoli G.S. Chastaning M. ; MiseryL. *Psychiatrie et dermatologie.* EMC dermatologie 2010; 98-874-A-10
- [15] : Hernan A. Epidemiologic characteristic of bipolar patients admitted to the psychiatric clinic of the University of Chile. Blackwell publishing Ltd. *Bipolar Disord* 2006;8:1–68.
- [16] : Ingeborg W, Wulf R, Uwe H. Does psychopathology at admission predict the length of inpatient stay in psychiatry? Implications for financing psychiatric services Warnke et al. *BMC Psychiatry* 2011;11:120.
- [17] : Belghazi. D, Moussaoui. D, Kadri.N . Spécificités épidémiologiques, cliniques et culturelles des patients hospitalisés au centre psychiatrique universitaire Ibn-Rochd de Casablanca. *Annales Médico-Psychologiques* xxx (2014) xxx–xxx
- [18] : Programme des Nations Unies pour le Développement rapport national. Maroc, 2009.
- [19] : Duke PJ, Pantelis C, McPhillips MA, Barnes T. Comorbid non-alcohol substance misuse among people with schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2001;179:509–13.
- [20] : van Os J, Kapur S. Schizophrenia, *Lancet* 2009
- [21] : Baer, N., Schuler, D., Füglistner-Dousse, S. & Moreau-Gruet, F. (2013). La dépression dans la population suisse. Données concernant l'épidémiologie, le traitement et l'intégration socioprofessionnelle (Obsan Rapport 56). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- [22] : M.L Bourgeois Qu'est-ce qu'il y a de psychotique dans la (les) psychose(s) ? *Ann Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, Volume 159, Issue 4, May 2001, Pages 315-323

- [23] : Koblenzer C.S. Psychosomatic concepts in dermatology. Arch Dermatol, 1983; 119: 501-12.
- [24] : Saurat J.H., Misery L., Saurat M. Dermatologie et Maladies sexuellement transmissibles, Saurat JH et al, 5^e éd Masson, Paris, 2009 ; 21 :1025-9
- [25] : Gupta MA, Gupta AK. Psychodermatology: an update. J Am Acad Dermatol. 1996 Jun;34(6):1030-46
- [26] : Klonsky, E.D., « Non-Suicidal Self-Injury: An Introduction », Journal of Clinical Psychology, vol. 63, 2007, p. 1039
- [27] : Misery L, Alexandre S, Dutray S, Chastaing M, Consoli SG, Audra H, Bauer D, Bertolus S, Callot V, Cardinaud F, Corrin E, Feton-Danou N, Malet R, Touboul S, Consoli SM. Functional itch disorder or psychogenic pruritus: suggested diagnosis criteria from the French psychodermatology group . Acta Derm Venereol. 2007;87(4):341-4.
- [28] : CEDEF. Item 329 - -Pruritus. Ann Dermatol Venereol. 2012;139(11 Suppl):A227-32
- [29] : L. Misery. Les pathomimies cutanées. Annales Médico-Psychologiques 168 (2010) 297–300
- [30] : Misery L, Chastaing M, Touboul S, Callot V, Schollhammer M, Young P, Feton-Danou N, Dutray S. Psychogenic skin excoriations: diagnostic criteria, semiological analysis and psychiatric profiles. Acta Derm Venereol. 2012 Jul;92(4):416-8
- [31] : Stein DJ, Hollender E. Dermatology and conditions related to obsessive-compulsive disorder. J Am Acad Dermatol 1992; 36:237-42
- [32] : S Moroge , F Paul, Carole Milan, F Gignoux-Froment, M Pilard. Statut nosologique du syndrome d'Ekbom : à propos d'un cas. Annales Médico-Psychologiques 171 (2013) 405–409
- [33] : Sehgal V.N., Srivastava G. Trichotillomania ± trichobezoar: Revisited. JEADV, 2006; 20 (8): 911-5.

- [34] : Misery L, Touboul S, Vinçot C, Dutray S, Rolland-Jacob G, Consoli SG, Farcet Y, Feton-Danou N, Cardinaud F, Callot V, De La Chapelle C, Pomey-Rey D, Consoli SM. Stress and seborrheic dermatitis. Ann Dermatol Venereol. 2007;134(11):833-7.
- [35] : Assouly P. Pelade. EMC Dermatologie. 2006. 98-810-C-10:14p
- [36] : Magin P.; Adams J.; Headig G.; Pond D.; Smith W. the psychological sequelae of psoriasis: result of a qualitative study. Psycho health med; 2009; 14: 150-61
- [37] : Richards H.L.; Fortune D.G. psychological distress and adherence in patients with psoriasis. JEADV; 2006;20: 33-41
- [38] : Picardi A, Abeni D, Melchi CF, Puddu P, Pasquini P. Psychiatric morbidity in dermatological outpatients: An issue to be recognized. Br J Dermatol 2000;143:983-91
- [39] : Picardi A, Adler DA, Abeni D, Chang H, Pasquini P, Rogers WH, et al. Screening for depressive disorders in patients with skin diseases: A comparison of three screeners. Acta Derm Venereol 2005;85:414-940 : 2-85
- [40] : Mattoo SK, Handa S, Kaur I, Gupta N, Malhotra R. Psychiatric morbidity in vitiligo: Prevalence and correlates in India. J Eur Acad Dermatol Venereol 2002;16:573-
- [41] : Mattoo SK, Handa S, Kaur I, Gupta N, Malhotra R. Psychiatric morbidity in vitiligo and psoriasis: A comparative study from India. J Dermatol 2001;28:424-32
- [42] : S A. Bliss, J K. Warnock, PhD Psychiatric medications: Adverse cutaneous drug reactions. Clinics in Dermatology (2013) 31, 101–109
- [43] : Mario V. Mitkov, Ryan M. Trowbridge, Benjamin N. Lockshin, Jason P. Caplan. Dermatologic Side Effects of Psychotropic Medications . Psychosomatics 2014; 55:1-20