«Skin picking»

«Acné excoriée des jeunes filles» ou dermatillomanie

Prof. Dr méd. Dr sc. nat. Alexander A. Navarini[a], Prof. Dr méd. Undine E. Lang[b]

[a] Dermatologische Klinik, UniversitätsSpital Zürich
[b] Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK) Basel

L'«acné excoriée des jeunes filles» est une maladie du visage fréquente, qui survient avant tout chez les jeunes femmes. Les traitements contre l'acné sont inefficaces, car il s'agit d'un trouble du contrôle des impulsions. Un accompagnement psychiatrique est vivement recommandé; le traitement global a pour but d'éviter les lésions cutanées et, dans un second temps, de traiter les cicatrices.

Introduction, épidémiologie, pathogenèse

Les patientes atteintes d'acné excoriée souffrent physiquement et psychiquement. Indépendamment des tentatives de traitements initiées par les dermatologues consultés, les altérations cutanées au niveau du visage et du buste ressurgissent régulièrement et entraînent pour les personnes touchées une frustration croissante, des cicatrices irréversibles et une défiguration.

A Paris, Louis Brocq a observé et décrit l'«acné excoriée des jeunes filles» (AE) pour la première fois en 1898 [1]. Les personnes touchées sont presque toujours des filles et des jeunes femmes, rarement des hommes. La prévalence de l'AE en elle-même est encore inconnue, mais l'AE fait partie du «skin picking disorder» [2], objectivable chez 5,4% de la population, 4% d'un groupe d'étudiants et 2% des patients dermatologiques [3, 4]. Dans l'espace francophone, on parle également de dermatillomanie.

L'AE correspond à une réaction excessive des patients à des altérations cutanées réelles ou imaginaires au niveau du visage. La personne va examiner sa peau centimètre par centimètre devant le miroir de la salle de bains, parfois même à l'aide d'une loupe, et tenter de la nettoyer scrupuleusement de manière maladive, soit avec les doigts soit avec des ustensiles. Les plaies qui n'ont pas encore cicatrisé sont ré-ouvertes, grattées, pincées, pressées et parfois triturées avec des outils, de telle manière que des complications, hémorragies et inflammations douloureuses peuvent survenir. La personne atteinte d'AE peut également endommager sa peau sans contact visuel, par ex. lorsqu'elle est au volant de sa voiture, devant la télévision ou au travail, et ce durant plusieurs minutes à plusieurs heures. Dans les deux cas, l'activité maladive échappe à tout contrôle conscient et les douleurs ne sont que partiellement perçues. Les pressions et grattages compulsifs provoquent des croûtes et des cicatrices croissantes (fig. 1).

Alexander A. Navarini

Figure 1: Zones de prédilection de l'acné excoriée des jeunes filles avec lésions typiques et absence de lésions acnéiques primaires telles que comédons ou pustules.

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

Signes cliniques et diagnostic différentiel

On observe les signes cliniques suivants dans le cadre de l'AE:
- macules érythémateuses persistantes;
- croûtes;
- excoriations;
- alternance d'hyperpigmentations post-inflammatoires et de cicatrices hypopigmentées (pour les types de peau foncés);
- très faible nombre de comédons, ce qui différencie l'AE de l'acné vulgaire; typiquement, les éventuels comédons présents sont immédiatement pressés;
- en cas d'atteinte du dos, la zone interscapulaire est épargnée car elle est plus difficile d'accès.

En cas d'AE, il convient de tenir compte des diagnostics différentiels suivants:
- acné vulgaire;
- dermatite péri-orale: maladie du visage fréquente chez les jeunes femmes, liée à l'utilisation excessive de cosmétiques; typiquement, une marge de 3–5 mm est épargnée autour des lèvres et des yeux;
- eczéma prurigineux: eczéma égratigné;
- démodécie: infestation papuleuse par des acariens cutanés;
- folliculite et inflammation des trompes d'Eustache d'origine herpétique [5]: forme pustuleuse rare d'herpès;
- consommation de drogues, en particulier cocaïne et méthamphétamine;
- syndrome trophique du trijumeau.

Aspects psychiatriques

D'un point de vue psychiatrique, les symptômes sont considérés comme un trouble du contrôle des impulsions. Dans la cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-V), la maladie est définie comme un «trouble du contrôle des impulsions, non classé ailleurs» et se compose des caractéristiques diagnostiques suivantes:
- impossibilité de résister à une impulsion, une pulsion ou une tentation de réaliser une action néfaste pour la personne même ou pour les autre;
- sentiment croissant de tension ou d'agitation avant la réalisation de l'action;
- sentiment de plaisir, de satisfaction ou de détente pendant la réalisation de l'action;
- après l'action, survenue ou non de regrets, remords ou sentiments de culpabilité.

D'autres maladies classées dans ce groupe diagnostique [6] sont par exemple la trichotillomanie (arrachage répété des cheveux et/ou poils pouvant entraîner une souffrance ou avoir un impact sur les tâches et activités quotidiennes), le jeu pathologique, la pyromanie et la kleptomanie (voler des objets dont on n'a pas besoin).

L'AE peut être différenciée de quelques autres affections psychiatriques similaires:

Comme en cas de trouble obsessionnel compulsif, les patients passent énormément de temps à s'occuper de leurs lésions cutanées et sont conscients de l'absurdité de leur action, mais sont incapables d'arrêter. A la différence d'un trouble obsessionnel compulsif, le comportement en soi n'est toutefois pas perçu comme désagréable et égo-dystonique. Contrairement au trouble de la personnalité borderline, le comportement n'est pas une quasi-réaction d'urgence à un état dissociatif ou une impulsion autodestructrice, mais est d'abord perçu comme relaxant et/ou déstressant.

L'AE affiche une grande similitude avec les addictions, dans le cadre desquelles le patient est également conscient des dommages qu'il s'inflige, est incapable de s'en empêcher, perd le contrôle, doit répondre à un besoin répétitif d'adopter un comportement autodestructeur suivi ensuite de regrets et de remords. Dans ce contexte, il n'est pas rare que le comportement survienne en tant que comorbidité en cas de dépendance aux antidouleurs ou aux drogues, et qu'il soit classifié de la même manière que la dépendance comportementale ou l'oniomanie, c.-à-d. d'autres addictions non liées à des substances.

L'AE partage également certaines caractéristiques diagnostiques avec la dysmorphophobie; toutefois, dans cette dernière, les interventions des patients au niveau de leur apparence n'ont manifestement pas un but «destructif» mais plutôt «constructif». Comme en cas de dysmorphophobie, il existe des cas – s'apparentant cliniquement à un délire – de lésions cutanées auto-infligées sévères qui surviennent car les patients suspectent par ex. la présence de parasites sous la peau et souhaitent les éliminer. Contrairement aux évolutions d'apparence plus compulsive, ces cas répondent très bien aux traitements neuroleptiques. Il est intéressant de noter qu'un grand nombre de patients souffrant de dysmorphophobie (33 sur 123 dans une étude) présentent également une AE qui, dans l'étude citée, répondait à un traitement par inhibiteurs de la recapture de la sérotonine dans 49% des cas [5].

Il convient de ne pas oublier le «pay-off» psychologique en tant que sentiment positif provoqué par l'évacuation et qui, en présence effective de papulo-pustules dans le cadre de l'acné vulgaire ou de folliculites, pourrait également jouer un rôle pertinent dans l'évolution. Dans le cas de l'acné excoriée et d'autres excoria-

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

tions névrotiques telles que le prurigo simplex subaigu de Hebra, ce principe de plaisir est perverti et le grattage avec délectation des vésicules imaginaires représente la maladie à proprement parler. Afin de préparer un changement comportemental, ces patients doivent recevoir des informations sur la peau et leur affection.

Informations pour dissiper les malentendus chez les personnes touchées

- Tous les êtres humains présentent, au niveau du nez et d'autres zones séborrhéiques, des ouvertures folliculaires visibles et des comédons.
- Le contenu extrait des follicules par pression n'est pas de l'acné; il est également tout à fait normal.
- Le liquide lymphatique qui s'évacue par la pression est également présent dans les peaux saines.
- Une pression fréquente entraîne des rougeurs persistantes.
- Toute manœuvre de pression provoquant un saignement entraîne la formation de petites cicatrices.
- En cas de perte de la maîtrise de soi et de grattage complet d'une papule avec l'ongle, la formation d'une cicatrice n'est qu'une question de temps.
- Les loupes grossissantes révèlent également des impuretés sur les peaux saines et leur place est dans le tiroir.

Formes rares et extrêmes

L'AE sévère peut provoquer infections et sepsis et entraîner des dommages que seule une greffe de peau peut corriger. Un cas de «picking» jusqu'aux lobes frontal et pariétal [7] a entraîné une hémiparésie, une incontinence et une perte de mémoire; une autre patiente a développé un abcès épidural, tandis que dans d'autres cas sévères, les patients ont provoqué des dommages importants au niveau de l'arête du nez ou se sont progressivement entaillé le tissu du cou jusqu'à exposer l'artère carotide.

Traitement

Les options thérapeutiques de l'acné vulgaire comprenant le peroxyde de benzoyle, les antibiotiques et les rétinoïdes sont inefficaces en cas d'AE. Le traitement doit plutôt s'orienter vers une réduction des lésions auto-infligées et une adaptation comportementale. Il est recommandé de conserver des ongles sans marge blanche distale afin de maintenir à un minimum les excoriations et les pressions. Etant donné que la situation compulsive survient lors de l'inspection minutieuse de la peau du visage, le nombre de miroirs devrait être réduit au minimum dans l'espace de vie.

La collaboration avec le psychiatre est vivement recommandée [8] dès lors qu'une base de confiance peut être instaurée au préalable et que les patients peuvent alors être motivés à traiter leur trouble comportemental par la psychothérapie. Il est fréquent que les patients soient initialement peu motivés pour un tel traitement et qu'ils recherchent un traitement dermatologique purement somatique. Outre les procédés de thérapie comportementale, des psychothérapies psychodynamiques de groupe ont également été proposées [9]. Jusqu'à présent, le procédé qui s'est révélé le plus efficace, mais uniquement dans de petites séries de cas, est la thérapie cognitivo-comportementale [10]. L'objectif est ici de modifier le comportement dans le but renforcer les fonctions exécutives, reprendre le contrôle, réduire l'anxiété et le stress et apprendre à se comporter autrement. Le patient doit prendre conscience de son comportement irrépressible lors des crises. Dans les situations telles que le stress, la colère, la tension et la frustration, les personnes touchées doivent apprendre à réduire la tension afin d'éviter une crise de dermatillomanie.

En tant que forme thérapeutique parmi les plus innovantes de la troisième vague de thérapie comportementale, la thérapie d'acceptation et d'engagement, ou «acceptance and commitment therapy» (ACT), a elle aussi d'ores et déjà été considérée comme fructueuse [11]. Lorsque la crise ne peut être évitée, les patients doivent s'entraîner à mettre en pratique des approches alternatives moins traumatiques. En résumé, les personnes touchées doivent reprendre le contrôle sur leur comportement et donc sur l'affection auto-infligée. Il existe également des groupes d'entraide et des informations sur internet, par exemple sur le site www.skin-picking.de.

D'un point de vue pharmacologique, il convient idéalement d'utiliser les médicaments considérés aujourd'hui comme les plus efficaces pour des affections proches (telles que la dépression et les troubles obsessionnels compulsifs), même s'ils n'ont pas encore été suffisamment étudiés. Il s'agit ici de nouveaux inhibiteurs de la recapture de la sérotonine tels que l'escitalopram, la venlafaxine et la sertraline [12–15]. Il a également été montré que d'anciens inhibiteurs de la recapture de la sérotonine peuvent être efficaces en cas d'AE et réduire les excoriations [16, 17]. Sur la base de cas cliniques individuels, on peut également rapporter qu'en cas de composantes délirantes de la maladie, la rispéridone et/ou l'olanzapine peuvent dans certains cas conduire à une guérison efficace des plaies [18]. Dans une revue actuelle, la N-acétylcystéine et la naltrexone sont également proposées comme traitement médicamenteux de l'AE, en plus des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine [19].

Lorsque l'atteinte compulsive est contrôlée, il convient d'initier un traitement des cicatrices persistantes et des troubles de la pigmentation. En cas de cicatrices en creux (atrophiques), il existe des peelings

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

Correspondance:
Prof. Dr méd. Dr sc. nat.
Alexander Andreas Navarini
Dermatologische Klinik,
UniversitätsSpital Zürich
Gloriastrasse 31
CH-8091 Zürich
alexander.navarini
[at]usz.ch

chimiques avec différentes substances qui enlèvent la peau à différentes profondeurs et permettent ainsi un «resurfacing». Sont utilisés l'acide glycolique, l'acide trichloroacétique et l'acide salicylique. Les méthodes opératoires telles que l'abrasion dermique et l'abrasion microdermique peuvent également s'avérer utiles. Les cicatrices isolées peuvent également être traitées par excision à l'emporte-pièce et élévation ainsi que «grafting». En cas de cicatrices hypertrophiques élevées au-dessus de la peau comme excès tissulaire, on recourt aux injections intralésionnelles de corticoïdes, à la cryothérapie ou au gel cicatrisant à base de silicone en application externe. Le laser fractionné représente une méthode nouvelle permettant de détruire les petits canaux jusque dans le derme, ce qui provoque une inflammation et permet d'obtenir un «resurfacing» de la peau grâce au processus de cicatrisation, avec de très bons résultats cosmétiques. Les peaux foncées peuvent tirer profit de la radiofréquence fractionnée sublative, car cette technique ne détruit pas la mélanine et est dès lors associée à un faible risque d'altération pigmentaire après le traitement. Bien que toutes ces options montrent une efficacité, il est difficile d'obtenir une réparation intégrale des cicatrices du visage.

L'essentiel pour la pratique

- Chez les patients acnéiques, il convient de penser également à l'acné excoriée des jeunes filles («skin picking»).
- Les petites excoriations, croûtes et cicatrices sont plus au premier plan que les papulo-pustules ou les comédons typiques de l'acné.
- Les cicatrices résiduelles représentent un problème persistant et difficile à traiter.
- L'acné excoriée des jeunes filles est un trouble du contrôle des impulsions.
- La collaboration avec le psychiatre peut conduire au succès grâce à l'adaptation comportementale.

Conclusion

En résumé, l'AE est une affection interdisciplinaire fréquente qui nécessite une détection et un traitement précoces afin d'éviter les dommages irréversibles au niveau du visage et de l'âme.

Disclosure statement
Les auteurs n'ont pas déclaré des obligations financières ou personnelles en rapport avec l'article soumis.

Crédit photo
La figure 1 a été réalisée par le Professeur A. A. Navarini.

Références
La liste complète et numérotée des références est disponible en annexe de l'article en ligne sur www.medicalforum.ch.

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

Références

1 Brocq ML. L'acne excoriée des jeunes filles et son traitement. Journal des Practiciens, Revue Generale de Clinique et de Therapeutique. 1898:193–7.
2 Niemeier V, Peters E, Gieler U. [Skin-picking disorder]. Hautarzt. 2015;66(10):781–90;quiz 91–2.
3 Dell'Osso B, Altamura AC, Allen A, Marazziti D, Hollander E. Epidemiologic and clinical updates on impulse control disorders: a critical review. European archives of psychiatry and clinical neuroscience. 2006;256(8):464–75.
4 Grant JE, and Odlaug BL. Update on pathological skin picking. Current psychiatry reports. 2009;11(4):283–8.
5 Brabek E, El Shabrawi-Caelen L, Woltsche-Kahr I, Soyer HP, Aberer W. Herpetic folliculitis and syringitis simulating acne excoriee. Arch Dermatol. 2001;137(1):97–8.
6 Mavrogiorgou P, Bader A, Stockfleth E, and Juckel G. Obsessive-compulsive disorder in dermatology. J Dtsch Dermatol Ges. 2015;13(10):991–9.
7 Kim DI, Garrison RC, and Thompson G. A near fatal case of pathological skin picking. The American journal of case reports. 2013;14:284–7.
8 Selles RR, McGuire JF, Small BJ, Storch EA. A systematic review and meta-analysis of psychiatric treatments for excoriation (skin-picking) disorder. Gen Hosp Psychiatry. 2016;41:29–37.
9 Nakell S. A Healing Herd: Benefits of a Psychodynamic Group Approach in Treating Body-Focused Repetitive Behaviors. International Journal of Group Psychotherapy. 2015;65(2):295–306.
10 Keuthen NJ, and Usmani A. The Massachusetts General Hospital Handbook of Cognitive Behavioral Therapy. Springer Science + Business Media. 2016;117–30.
11 Montgomery KL, Kim JS, and Franklin C. Acceptance and Commitment Therapy for Psychological and Physiological Illnesses: A Systematic Review for Social Workers. Health & Social Work. 2011;36(3):169–81.
12 Turner GA, Sutton S, and Sharma A. Augmentation of Venlafaxine with Aripiprazole in a Case of Treatment-resistant Excoriation Disorder. Innov Clin Neurosci. 2014;11(1–2):29–31.
13 Ko SM. Under-diagnosed psychiatric syndrome. II: Pathologic skin picking. Ann Acad Med Singapore. 1999;28(4):557–9.
14 Pukadan D, Antony J, Mohandas E, Cyriac M, Smith G, Elias A. Use of escitalopram in psychogenic excoriation. Aust N Z J Psychiatry. 2008;42(5):435–6.
15 Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, Geddes JR, Higgins JPT, Churchill R, et al. Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants: a multiple-treatments meta-analysis. The Lancet. 2009;373(9665):746–58.
16 Fontaine R, and Chouinard GUY. An Open Clinical Trial of Fluoxetine in the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. J Clin Psychopharmacol. 1986;6(2):98–101.
17 Arnold LM, Mutasim DF, Dwight MM, Lamerson CL, Morris EM, McElroy SL. An Open Clinical Trial of Fluvoxamine Treatment of Psychogenic Excoriation. J Clin Psychopharmacol. 1999;19(1):15–8.
18 Gupta MA, and Gupta AK. Olanzapine may be an effective adjunctive therapy in the management of acne excoriee: a case report. J Cutan Med Surg. 2001;5(1):25–7.
19 Grant JE, Odlaug BL, Chamberlain SR, Keuthen NJ, Lochner C, Stein DJ. Skin Picking Disorder. American Journal of Psychiatry. 2012;169(11):1143–9.

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html