

TROUBLES FONCTIONNELS EN DERMATOLOGIE

ABSIL G (1), NIKKELS AF (1)

RÉSUMÉ : Les troubles fonctionnels sont des symptômes survenant en l'absence d'argument pour une pathologie organique sous-jacente. Ils représentent souvent un réel challenge pour le clinicien et une source d'anxiété pour le patient pouvant altérer fortement sa qualité de vie. La prise en charge consiste tout d'abord en l'exclusion des causes organiques potentielles. Ensuite, une combinaison de mesures pharmacologiques et non pharmacologiques est généralement proposée, avec des résultats thérapeutiques très variables.

MOTS-CLÉS : *Troubles fonctionnels - Dermatologie*

FUNCTIONAL SYMPTOMS IN DERMATOLOGY

SUMMARY : Functional disorders are symptoms that arise in the absence of an underlying organic cause. They represent a challenge for the clinician and a source of anxiety and discomfort for the patient that can significantly alter the quality of life. The goal of treatment is first to exclude potential organic causes. Then, a combination of pharmacological and non-pharmacological measures is usually proposed with variable therapeutic results.

KEYWORDS : *Functional symptoms - Dermatology*

INTRODUCTION

Il n'est pas rare d'être confronté à des patients présentant un ou plusieurs symptôme(s) qu'aucun examen ou test médical ne parvient à expliquer. Ces symptômes, qualifiés de «fonctionnels», peuvent être sévères, avoir un impact considérable sur la qualité de vie et être responsables d'une anxiété majeure et d'un isolement social. Des investigations complémentaires, parfois douloureuses ou invasives, sont souvent souhaitées par le patient à la recherche d'une pathologie organique expliquant ses plaintes. Insatisfait par les termes «médicalement inexplicables» ou «psychosomatiques», il aura tendance à multiplier les consultations médicales à la recherche d'un second avis («shopping médical») (1).

Dans cet article, l'exploration et le traitement des troubles fonctionnels courants en dermatologie sont détaillés.

GÉNÉRALITÉS

Les troubles fonctionnels sont des symptômes qui surviennent en l'absence de cause organique sous-jacente. Ils sont rencontrés dans presque toutes les spécialités médicales : gastro-entérologie (syndrome du côlon irritable),

neurologie (crises non épileptiques), cardiologie (douleur thoracique), etc. (2).

En dermatologie, les symptômes fonctionnels sont très divers et peuvent varier au cours du temps : prurit, douleur, fourmillements, picotements, brûlure ou encore un purpura inexplicé. Ils peuvent toucher tout le corps, mais le visage, le scalp et le périnée sont les plus fréquemment impliqués. L'atteinte cutanée peut être isolée, ou associée à d'autres symptômes tels que des céphalées, une fatigue, des lombalgies, des troubles digestifs, une dyspnée ou encore une douleur thoracique (3).

En psychiatrie, on parlera de «troubles à symptomatologie somatique et apparentés» («Somatic Symptom Disorder», SSD) lorsque ces symptômes sont associés à des pensées, des sensations ou des comportements anormaux, c'est-à-dire excessifs par rapport à d'autres patients avec des plaintes similaires, et qu'il en résulte une détresse et un handicap significatifs (Tableau I) (4).

MANIFESTATIONS DERMATOLOGIQUES

PRURIT FONCTIONNEL

Le prurit fonctionnel est caractérisé par la survenue de démangeaisons chroniques (> 6 semaines), sans aucune lésion cutanée primaire objectivée (prurit *sine materia*). Par contre, des lésions secondaires au grattage peuvent être objectivées (lichénification, excoriations, hyper/hypopigmentations post-inflammatoires,...). Typiquement, des facteurs psychologiques (stress, énervement, etc.) jouent un rôle déclenchant ou aggravant (5). Lorsque le prurit est localisé, il est surtout nécessaire d'exclure une

(1) Service de Dermatologie, CHU Liège, ULiège, Belgique.

Tableau I. Critères diagnostiques du trouble à symptomatologie somatique selon le DSM-5 (4)

Critères diagnostiques
<p>A. Un ou plusieurs symptômes somatiques sont causes de détresse ou entraînent une altération significative de la vie quotidienne.</p> <p>B. Pensées, sentiments ou comportements excessifs liés aux symptômes somatiques, ou à des préoccupations sur la santé suscitées par ces symptômes, se manifestant par au moins un des éléments suivants :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pensées persistantes et excessives concernant la gravité de ses symptômes. 2) Persistance d'un niveau élevé d'anxiété concernant la santé ou les symptômes. 3) Temps et énergie excessifs dévolus à ces symptômes ou aux préoccupations concernant la santé. <p>C. Bien qu'un symptôme somatique donné puisse ne pas être continuellement présent, l'état symptomatique est durable (typiquement plus de 6 mois).</p>
Spécifier si ...
<p><i>Avec douleur prédominante</i> (antérieurement trouble douloureux) : cette spécification concerne les patients dont les symptômes somatiques consistent principalement en une douleur.</p>
Spécifier si ...
<p><i>Chronique</i> : une évolution chronique est caractérisée par des symptômes sévères, un handicap marqué et une durée prolongée (plus de 6 mois).</p>
Spécifier la sévérité actuelle
<p><i>Léger</i> : Seulement l'un des symptômes spécifiés au critère B est présent.</p> <p><i>Moyen</i> : Deux symptômes ou plus spécifiés au critère B sont présents.</p> <p><i>Grave</i> : Deux ou plus des symptômes spécifiés au critère B sont présents et sont associés à des plaintes somatiques multiples (ou à un symptôme somatique très sévère).</p>

origine neuropathique (origine post-zostérienne, compression nerveuse responsable d'uneotalgie paresthésique ou d'un prurit brachioradial,...) (6). Le prurit généralisé est, à l'inverse, extrêmement complexe puisque ses causes sont très nombreuses et potentiellement graves : médicamenteuses (antidépresseurs, morphiniques,...), paranéoplasiques (hémopathies ou tumeurs solides), endocrinopathies (dysthyroïdies, diabète,...), insuffisance hépatique ou rénale, ou simplement une xérose sénile (7). Un bilan exhaustif sera donc la règle afin d'exclure une cause systémique méconnue. Pour compliquer ce tableau, certains prurits d'origine systémique (notamment paranéoplasiques) peuvent précéder le diagnostic de plusieurs années.

Une fois toutes ces causes exclues, le traitement du prurit fonctionnel fera appel à des traitements non pharmacologiques (thérapies cognitives et comportementales,...) et pharmacologiques : antihistaminiques de 1^{ère} génération (molécules plus sédatives, hydroxyzine), antidépresseurs tricycliques (doxépine,...), inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (escitalopram), benzodiazépines (alprazolam) ou encore des anticonvulsivants (topiramate) (8).

VULVODYNIE

La vulvodynie ou douleur vulvaire chronique est définie comme une douleur ou un inconfort de plus de 3 mois, sans étiologie reconnue, et touche jusqu'à 16 % des femmes. Les symptômes peuvent être généralisés à l'ensemble de la vulve (vulvodynie généralisée) ou localisée au clitoris (clitorodynie) ou au vestibule (vestibulodynie). L'examen clinique permettra d'exclure les causes organiques de vulvodynie : dermatoses inflammatoires (lichen scléreux génital ou lichen plan, psoriasis, eczéma de contact, d'irritation), néoplasiques (néoplasie intraépithéliale vulvaire (VIN 1,2,3), maladie extra-mammaire de Paget), névralgie pudendale ou encore une cystite interstitielle (9). Un frottis vaginal permettra d'exclure une vaginite bactérienne ou candidosique (9). Le traitement repose tout d'abord sur l'éviction des traitements inappropriés (antibiotiques, antimycosiques, corticostéroïdes, lavages trop fréquents, antiseptiques) et sur une hygiène adaptée (hydratant hypoallergénique et/ou crème barrière). Des thérapies pharmacologiques topiques (lidocaïne), orales (baclofen, amitriptyline) ou systémiques (anticonvulsivants ou antidépresseurs tricycliques) ont montré une certaine efficacité. Des thérapies

alternatives, psychologiques (thérapies comportementales), physiques (biofeedback, kinésithérapie) ou rarement chirurgicales (stimulation nerveuse électrique transcutanée, blocs nerveux), sont également envisageables (10).

PÉNOSCROTODYNIE

La pénoscrotodynie est le pendant masculin moins connu de la vulvodynie, caractérisée par une sensation de brûlure ou des dysesthésies chroniques de la région génitale. Le gland est le plus souvent affecté, mais toute la région génitale peut être symptomatique. L'association avec une pathologie psychiatrique (particulièrement l'anxiété et/ou la dépression) est quasi systématique. Les traitements utilisés sont similaires à ceux rencontrés dans la vulvodynie : anesthésiques locaux, antidépresseurs, anti-convulsivants et psychothérapies (11).

BURNING MOUTH SYNDROME

Le «Burning Mouth Syndrome», également appelé stomatodynie, glossodynie ou douleur oro-faciale idiopathique, est une pathologie de la muqueuse orale caractérisée par une sensation chronique et souvent intense de brûlure intra-buccale, en l'absence de cause locale ou systémique (12). Un examen clinique oral méticuleux recherchera des causes locales (ulcérations, lésions des tissus mous, xérostomie, candidose) tandis que les examens paracliniques excluront des causes systémiques (anémie, carence en vitamines B1, B2, B6, B12, en fer ou en zinc, dysthyroïdie, diabète) ou des causes rares (allergie de contact aux conservateurs alimentaires). Le traitement de ce syndrome est notoirement difficile et, lorsqu'il fonctionne, permet rarement une résolution complète des symptômes. Le traitement fait appel aux antidépresseurs tricycliques (particulièrement l'amitriptyline), à l'acide alpha-lipoïque (300-1.800 mg/j), au clonazépam (topique ou *per os*), aux anticonvulsivants (prégabaline, gabapentine) et aux thérapies cognitivo-comportementales (13, 14).

ANAPHYLAXIE IDIOPATHIQUE INDIFFÉRENCIÉE SOMATOFORME

L'anaphylaxie idiopathique indifférenciée somatoforme est caractérisée par la survenue de symptômes systémiques imitant ceux d'une anaphylaxie idiopathique. Typiquement, les symptômes rapportés (angioedème, hypotension, urticaire, plaintes digestives) sont subjectifs et non objectivés en phase aiguë. La réponse aux traitements conventionnels de l'anaphylaxie est généralement faible. Le diagnostic est diffi-

cile à poser et de nombreux tests sont souvent réalisés pour exclure une anaphylaxie vraie (15). Le dosage de la tryptasémie lors d'un épisode aigu permet généralement d'exclure le diagnostic d'anaphylaxie.

SYNDROME DE GARDNER-DIAMOND

Le syndrome de Gardner-Diamond, ou syndrome d'auto-sensibilisation aux érythrocytes, est une entité rare caractérisée par la survenue spontanée de lésions ecchymotiques purpuriques douloureuses, typiquement après un stress ou un traumatisme mineur (16). Il touche fréquemment des femmes jeunes et les lésions surviennent le plus souvent sur les extrémités, parfois en association à des symptômes généraux (myalgies, céphalées). Ce syndrome reste un diagnostic d'exclusion. Le bilan doit écarter les autres causes de coagulopathies (maladie de Von Willebrand, purpura thrombopénique idiopathique, purpura de Henloch-Schönlein, hémophilie, ainsi que les vascularites cutanées ou systémiques). Le traitement n'est pas bien codifié, mais les thérapies cognitivo-comportementales et les antidépresseurs sont le plus souvent utilisés (16).

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Certaines pathologies psychiatriques peuvent initialement se manifester par des symptômes principalement somatiques : dépression, trouble anxieux, délire d'infestation parasitaire (syndrome d'Ekbom) ou dysmorphophobie, avec parfois une composante dermatologique (17, 18).

CONCLUSION

Les troubles fonctionnels en dermatologie restent des entités difficiles à reconnaître et à traiter. Le praticien doit faire attention à ne pas banaliser ou, pire, négliger les plaintes somatiques. Une exploration exhaustive devra être réalisée devant chaque patient afin de ne pas «rater» une cause organique. L'adhérence aux traitements est souvent difficile car le patient a, en règle générale, besoin d'une approche combinée médicale/psychiatrique/psychologique, souvent compliquée à faire accepter. La patience et la mise en confiance du patient sont souvent la première étape vers l'acceptation de la pathologie fonctionnelle.

BIBLIOGRAPHIE

1. Ball SL, Howes C, Affleck AG, et al. Functional symptoms in dermatology: Part 1. *Clin Exp Dermatol* 2020;**45**:15-9.
2. Benbadis S, Ledford R, Wawchuk T, et al. A broader perspective: functional symptoms beyond neurology. *Epilepsy Behav Rep* 2022;**18**:100506.
3. Millington GWM, Shobajo MT, Wall J, et al. Somatization in dermatology. *Skin Health Dis* 2022;**2**:e164.
4. American Psychiatric Association. Chapter 12. Somatic symptom and related disorders. In: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fifth Edition (DSM-5). Washington: APA. 2013,309-27.
5. Prasad KM, Desai G, Chaturvedi SK. Somatization in the dermatology patient: some sociocultural perspectives. *Clin Dermatol* 2017;**35**:252-9.
6. Ragajopalan M, Saraswat A, Godse, K, et al. Diagnosis and management of chronic pruritus: an expert consensus review. *Indian J Dermatol* 2017;**62**:7-17.
7. Weissnar E, Szepletowski JC, Dalgard FJ, et al. European S2k guideline on chronic pruritus. *Acta Derm Venereol* 2019;**99**:469-506.
8. Yosipovitch G. Chronic pruritus: a paraneoplastic sign. *Dermatol Ther* 2020;**23**:590-6.
9. Schlaeger JM, Glayzer JE, Villegas-Downs M, et al. Evaluation and treatment of vulvodynia: state of the science. *J Midwifery Womens Health* 2023;**68**:9-34.
10. Merlino L, Titi L, Pugliese F, D'Ovidio G, et al. Vulvodynia: pain management strategies. *Pharmaceuticals (Basel)* 2022;**15**:1514.
11. Anyasodor MC, Taylor RE, Bewley A, et al. Dysaesthetic penoscrotodynia may be a somatoform disorder: results from a two-centre retrospective case series. *Clin Exp Dermatol* 2016;**41**:474-9.
12. Hamon B, Orliaguet M, Misery L, Boisramé S. Burning mouth syndrome and pelvodynia: A literature review. *Medicine (Baltimore)* 2023;**102**:e32648.
13. Tan HL, Smith JG, Hoffmann J, Renton T. A systematic review of treatment for patients with burning mouth syndrome. *Cephalalgia* 2022;**42**:128-61.
14. Moghadam-Kia S, Fazel N. A diagnostic and therapeutic approach to primary burning mouth syndrome (BMS). *Clin Dermatol* 2017;**35**:453-60.
15. Choy AC, Patterson R, Patterson DR, et al. Undifferentiated somatoform idiopathic anaphylaxis: nonorganic symptoms mimicking idiopathic anaphylaxis. *J Allergy Clin Immunol* 1995;**96**:893-900.
16. Dick MK, Klug MH, Gummedi PP. Gardner-Diamond syndrome: a psychodermatological condition in the setting of immunodeficiency. *J Clin Aesthet Dermatol* 2019;**12**:44-6.
17. Levenson JL, Sharma AA, Ortega-Loayza. Somatic symptom disorder in dermatology. *Clin Dermatol* 2017;**35**:246-51.
18. Szepletowski JC, Reszke R. Psychogenic itch management. *Curr Probl Dermatol* 2016;**50**:124-32.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Dr Absil G, Service de Dermatologie, CHU Liège, Belgique.
Email : Dermatologie@uliege.be