

UNIVERSITE DE NANTES

UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE D'ODONTOLOGIE

Année 2016

N° 045

La dysmorphophobie : un risque majeur dans la dentisterie esthétique

THESE POUR LE DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR

EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement par

Mathieu TOUCHARD

Né le 10/09/1990

Le 20/09/2016 devant le jury ci-dessous :

Président : M. le Professeur Yves AMOURIQ

Assesseur : M. le Docteur Bénédicte ENKEL

Assesseur : M. le Docteur Christian VERNER

Directeur de thèse : M. le Docteur François BODIC

UNIVERSITE DE NANTES	
Président	Pr LABOUX Olivier
FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE	
Doyen	Pr AMOURIQ Yves
Assesseurs	Dr BADRAN Zahi Pr SOUEIDAN Assem Pr WEISS Pierre
Professeurs des Universités Praticiens hospitaliers des C.S.E.R.D.	
Monsieur AMOURIQ Yves Monsieur GIUMELLI Bernard Monsieur LESCLOUS Philippe	Madame LICHT Brigitte Madame PEREZ Fabienne Monsieur SOUEIDAN Assem Monsieur WEISS Pierre
Professeurs des Universités	
Monsieur BOULER Jean-Michel	
Professeurs Emérites	
Monsieur BOHNE Wolf	Monsieur JEAN Alain
Praticiens Hospitaliers	
Madame DUPAS Cécile Madame LEROUXEL Emmanuelle	Madame HYON Isabelle Madame GOEMAERE GALIERE Hélène
Maitres de Conférences Praticiens hospitaliers des C.S.E.R.D.	Assistants Hospitaliers Universitaires des C.S.E.R.D.
Monsieur AMADOR DEL VALLE Gilles Madame ARMENGOL Valérie Monsieur BADRAN Zahi Madame BLERY Pauline Monsieur BODIC François Madame DAJEAN-TRUTAUD Sylvie Madame ENKEL Bénédicte Monsieur GAUDIN Alexis Monsieur HOORNAERT Alain Madame HOUCHMAND-CUNY Madline Madame JORDANA Fabienne Monsieur KIMAKHE Saïd Monsieur LE BARS Pierre Monsieur LE GUEHENNEC Laurent Madame LOPEZ-CAZAUX Serena Monsieur MARION Dominique Monsieur NIVET Marc-Henri Monsieur RENAUDIN Stéphane Madame ROY Elisabeth Monsieur STRUILLOU Xavier Monsieur VERNER Christian	Monsieur AUBEUX Davy Madame BERNARD Cécile Madame BOEDEC Anne Madame BRAY Estelle Monsieur CLÉE Thibaud Madame CLOITRE Alexandra Monsieur DAUZAT Antoine Madame MAIRE-FROMENT Claire-Hélène Monsieur DRUGEAU Kévin Madame GOUGEON Béatrice Monsieur LE BOURHIS Antoine Monsieur LE GUENNEC Benoît Madame MAÇON Claire Madame MERAMETDJIAN Laure Madame MOREIGNE MELIN Fanny Monsieur PILON Nicolas Monsieur PRUD'HOMME Tony Monsieur SARKISSIAN Louis-Emmanuel
Enseignants associés	A.T.E.R.
Monsieur KOUADIO Ayepa (Assistant Associé) Madame RAKIC Mia (MC Associé) Madame VINATIER Claire (MC Associé)	Monsieur LAPERINE Olivier

Par délibération, en date du 6 décembre 1972, le Conseil de la Faculté de Chirurgie Dentaire a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'il n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation.

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Yves AMOURIQ,

Professeur des Universités.

Praticien Hospitalier des Centres de Soins d'Enseignement et de Recherche Dentaires.

Docteur de l'Université de Nantes.

Habilité à diriger des recherches.

Doyen de la faculté de Chirurgie Dentaire de Nantes

Chef du Service d'Odontologie Restauratrice et Chirurgicale.

Nantes

Pour m'avoir fait l'honneur de présider cette thèse et pour m'avoir transmis votre savoir durant ces cinq années à la faculté de chirurgie-dentaire. Merci pour votre accueil et votre disponibilité. Ce fut un plaisir d'avoir pu participer à la vie de la faculté à vos côtés dans les différents conseils auxquels j'ai pu siéger.

Veillez recevoir l'expression de mes sincères remerciements et de mon plus profond respect.

A Monsieur le Docteur François BODIC,

Maître de Conférences des Universités.

Praticien Hospitalier des Centres de Soins d'Enseignement et de Recherche Dentaires.

Docteur de L'Université de Nantes.

Département d'Odontologie Conservatrice et d'Endodontie.

Nantes

Pour m'avoir fait l'honneur et le plaisir de diriger cette thèse. Un grand merci pour votre soutien et vos conseils tout au long de ce travail. Cela m'a permis de mettre en avant un abord différent de la prise en charge du patient. Enfin, toute ma gratitude pour m'avoir donné goût à cette discipline passionnante par l'abord « clinique » que vous donnez à votre enseignement, ainsi que pour votre encadrement lors de mon optionnel de CFAO.

Veillez recevoir l'expression de mon profond respect et de toute ma gratitude, ainsi que ma très grande reconnaissance.

A Madame le Docteur Bénédicte ENKEL,

Maître de Conférences des Universités.

Praticien Hospitalier des Centres de Soins d'Enseignement et de Recherche Dentaire

Docteur de l'Université de Nantes

Département d'Odontologie Conservatrice et d'Endodontie

Nantes

Pour m'avoir fait l'honneur de participer au jury de cette thèse. Merci pour le temps que vous m'avez consacré durant l'élaboration de ce travail. Merci aussi pour votre enseignement clinique mettant en lumière l'aspect global de la prise en charge du patient, et non pas l'aspect purement dentaire.

Veillez recevoir l'expression de mes sincères remerciements et de mon plus profond respect.

A Monsieur le Docteur Christian VERNER,

Assistant Hospitalier Universitaire des Centres de Soins d'Enseignement et de Recherche Dentaires.

Docteur en chirurgie dentaire.

Département de Parodontologie.

Nantes

Pour m'avoir fait le réel plaisir et l'honneur de votre participation à ce jury de thèse malgré les contraintes que cela imposait. Merci pour les différents échanges toujours enrichissants que nous avons pu avoir. Enfin merci pour votre gentillesse habituelle et votre participation aux différents évènements étudiants.

Veillez trouver ici le témoignage de ma sincère gratitude et de tout mon respect.

Table des matières

INTRODUCTION.....	12
1ERE PARTIE LA DYSMORPHOPHOBIE : DONNEES GENERALES	13
I. DEFINITION	14
II. DONNEES DEMOGRAPHIQUES.....	15
A. PREVALENCE.....	15
• <i>Dysmorphophobie dans les populations de chirurgie esthétique et dermatologiques</i>	17
• <i>Les parties concernées sont multiples :</i>	17
B. AGE D' APPARITION	18
C. EVOLUTION	18
D. DIFFERENCES DE GENRE	18
• <i>La dysmorphie musculaire</i>	19
E. STATUTS MARITAUX	19
F. ENFANTS ET ADOLESCENTS	19
III. ETIOLOGIE.....	20
A. CONTEXTE SOCIO CULTUREL.....	20
B. FACTEURS SOCIO CULTURELS.....	21
• <i>Appearance based teasing (moqueries sur le physique)</i>	21
C. PERFECTIONNISME.....	21
D. SENS DE L' ESTHETIQUE.....	22
E. VIOLENCES INFANTILES ET NEGLIGENCES	22
F. GENETIQUE.....	23
IV. SYMPTOMES	23
A. ANXIETE SOCIALE ET DEFICIENCE FONCTIONNELLE	23
B. PENSEES OBSESSIONNELLES.....	24
C. COMPORTEMENTS COMPULSIFS	24
• <i>Vérification du camouflage</i>	24
• <i>Curage de la peau (skin picking en anglais)</i>	25
D. DETRESSE ET ALTERATION DE FONCTIONNEMENT (IMPAIRMENT OF FUNCTIONING)	25
E. SYMETRIE.....	25
F. LA CONSCIENCE DE LA PATHOLOGIE (INSIGHT EN ANGLAIS)	26
G. PEUR DU REJET	26
H. UTILISATION DE TRAITEMENTS ESTHETIQUE.....	26
V. COMORBIDITE.....	27
A. DEPRESSION ET TROUBLES DE L' ANXIETE.....	27
B. TROUBLES OBSESSIONNELS COMPULSIFS	27
C. L' ABUS DE SUBSTANCES	27
D. TROUBLES DE L' ALIMENTATION.....	28
E. TROUBLES DE LA PERSONNALITE.....	28
VI. DIAGNOSTIQUE DIFFERENTIEL.....	28
A. TROUBLE DEPRESSIF MAJEUR	28
B. PHOBIE SOCIALE.....	28
C. AGORAHOBIE.....	29
D. TOCs (TROUBLES OBSESSIONNELS COMPULSIFS)	29
E. TRICHOTILLOMANIE.....	29
F. SCHIZOPHRENIE ET TROUBLES PSYCHOTIQUES NON SPECIFIES	29
VII. PATHOPHYSIOLOGIE	29

A.	FONCTION NEUROCOGNITIVE	30
•	<i>Caractéristique de perturbation de la mémoire</i>	30
B.	NEUROCHIMIE	30
•	<i>Perturbation du système sérotonergique</i>	30
•	<i>Perturbation du système dopaminergique</i>	31
C.	ANOMALIES DU TRAITEMENT VISUEL.....	31
•	<i>Troubles de la reconnaissance d'expressions faciales</i>	31
•	<i>Anomalie du traitement visuel</i>	31
•	<i>Traitement de l'information visuelle des visages</i>	33
•	<i>Anomalies du traitement visuel des objets</i>	34
•	<i>Anomalies du traitement visuel et systèmes frontostrié</i>	35
D.	VOLUMES CEREBRAUX ET SEVERITE DES SYMPTOMES.....	36
E.	TRAITEMENT SELECTIF DES INFORMATIONS EMOTIONNELLES	36
F.	UN MODELE PATHOPHYSIOLOGIQUE DE LA DYSMORPHOPHOBIE	37
VIII.	EVALUATION	38
A.	YALE BROWN OBSESSIVE COMPULSIVE SCALE MODIFIED FOR BDD (BDD-YBCOS)	38
B.	BODY DYSMORPHIC DISORDER EXAMINATION.....	38
C.	BROWN ASSESSMENT OF BELIEFS SCALE (BABS)	39
D.	OVERVALUATE IDEAS SCALE (OVIS)	39
E.	DYSMORPHIC CONCERN QUESTIONNAIRE (DCQ)	39
F.	BODY DYSMORPHIC DISORDER QUESTIONNAIRE	40
G.	BODY IMAGE DISTURBANCE QUESTIONNAIRE	40
H.	BODY IMAGE QUALITY OF LIFE INVENTORY	40
IX.	TRAITEMENT	41
A.	MEDICAMENTEUX PAR IRS	41
•	<i>Les IRS sont le traitement de choix</i>	41
•	<i>Amélioration du aux IRS</i>	42
•	<i>Dosage des IRS</i>	43
•	<i>Durée de réponse au traitement</i>	43
•	<i>Maintien du traitement par IRS</i>	44
•	<i>Arrêt d'un traitement efficace</i>	44
•	<i>Effets secondaires</i>	44
•	<i>Suicide et IRS</i>	45
•	<i>IRS inefficace : changer pour un autre IRS ou augmenter la dose</i>	46
•	<i>Fausses idées sur le traitement par IRS de la dysmorphophobie</i>	47
B.	MEDICAMENTS NON IRS	48
C.	PSYCHOTHERAPIES	48
•	<i>Thérapie comportementale</i>	48
•	<i>La thérapie cognitive</i>	49
•	<i>Thérapie cognitivo-comportementale</i>	49
•	<i>Thérapie métacognitive</i>	49
•	<i>Traitements psychosociaux alternatifs</i>	50
D.	COMPARAISON CBT VS PHARMACOTHERAPIE	50
E.	CHIRURGICAUX	51
X.	CONSEQUENCES	52
A.	VIOLENCE.....	52
B.	CRISE D'ANGOISSE (CUED PANIC ATTACKS).....	52
C.	SUICIDE	53
XI.	MODELE COGNITIVO COMPORTEMENTALE DE LA DYSMORPHOPHOBIE 53	

A. LE SOI COMME UN OBJET ESTHETIQUE	53
B. L'EVALUATION NEGATIVE DE L'IMAGE DU CORPS.....	54
C. RUMINATION ET COMPARAISON AVEC UN IDEAL	55
D. EMOTIONS	56
E. SAFETY BEHAVIOURS	56
2EME PARTIE LA DYSMORPHOPHOBIE DANS LA PRATIQUE DENTAIRE..	57
I. PREVALENCE.....	58
II. MOTIFS DE CONSULTATION	59
III. LES SIGNES D'APPELS	60
• <i>Le shopping médical.....</i>	<i>61</i>
IV. EVALUATION INITIALE.....	61
V. LA POSE DU DIAGNOSTIQUE	62
VI. CONDUITE A TENIR A LA SUITE DU DIAGNOSTIQUE	64
VII. ASPECT LEGAL	66
A. DEMANDE D'ATTEINTE DE L'INTEGRITE PHYSIQUE.....	66
B. POINT DE VUE LEGAL	67
C. POSSIBLE POURSUITE JUDICIAIRE	67
D. APPARITION DE LA DYSMORPHOPHOBIE SUITE A UN ACTE MEDICAL ...	68
E. EXEMPLE D'UN CAS CLINIQUE.....	69
VIII. DES DIFFICULTES D'ADRESSER UN PATIENT	70
IX. CONVAINCRE LES PATIENTS DE LA THERAPIE	71
X. UN MANQUE DE FORMATION AU SUJET DE LA DYSMORPHOPHOBIE	73
CONCLUSION.....	75
BIBLIOGRAPHIE.....	77
ANNEXES.....	86

INTRODUCTION

Notre société contemporaine met en avant l'importance de l'apparence et de la beauté comme des facteurs de réussite et de bien être. Face à cette pression sociale beaucoup d'individus ne se sentent pas satisfaits de leur apparence. Près de 50% de la population déclare ne pas se sentir assez beau ou se trouve laid (1). Au vu de ces chiffres on peut considérer alors qu'une dissatisfaction au niveau de son corps peut-être « normal ». Cependant pour une minorité d'individus la préoccupation concernant des défauts physiques, qui peuvent être infimes voir même inexistant, peut aboutir à une détresse psychologique importante et entravant leur vie quotidienne. Ces individus souffrent d'un trouble psychiatrique nommé dysmorphophobie (Body Dysmorphic Disorder ou BDD en anglais).

Ces individus, pour trouver une solution à leurs défauts physiques vont naturellement se tourner vers les praticiens esthétiques. En fonction des défauts physiques qu'éprouvent les individus, chirurgien esthétiques, dermatologues, chirurgien maxillo-facial mais aussi les chirurgiens dentistes vont se retrouver confrontés à ces individus.

Parce que les chirurgiens-dentistes sont des professionnels de santé prodiguant des soins mais aussi en restaurant l'esthétique de la cavité buccale nous allons souvent être les premiers praticiens à devoir faire face à ces patients dysmorphophobiques.

Malheureusement cette pathologie reste encore méconnue dans notre domaine et beaucoup de praticiens n'ont peu ou pas d'informations à ce sujet. Ils sont donc incapables de reconnaître les signes de cette pathologie ou de mettre un nom sur celle-ci lorsqu'ils la rencontrent. Mais plus grave il se peut que la conduite à tenir face à de tels patients soit mal connue et que le traitement de leur demande concernant leur défaut physique soit réalisé, entraînant des conséquences importantes à la fois pour le patient et pour le praticien. A ce titre la dysmorphophobie présente un risque majeur et méconnu dans la dentisterie esthétique.

Le travail qui va être présenté aura pour but d'armer le chirurgien dentiste face à cette pathologie. Dans un premier temps sera décrit la dysmorphophobie dans sa globalité, afin de mieux connaître ses caractéristiques, fonctionnement et les traitements existants. Dans un deuxième temps nous aborderons plus précisément l'implication de la dysmorphophobie dans le cadre de la pratique dentaire et comment doit être pris en charge le patient dysmorphophobique.

1ere PARTIE
LA DYSMORPHOPHOBIE : DONNEES GENERALES

I. DEFINITION

Bien qu'encore peu connu dans le domaine de l'art dentaire la dysmorphophobie a pourtant été décrit il y'a plus d'un siècle par plusieurs auteurs. Ainsi le physicien italien Enrico Morselli a décrit en 1891 la dysmorphophobie en ces termes : "Le patient dysmorphophobique est vraiment misérable; en plein milieu de sa routine quotidienne, des discussions, pendant qu'il lit, qu'il mange en fait n'importe où et n'importe quand, il est préoccupé par la peur d'une difformité... Qui peut atteindre une grande intensité, allant jusqu'aux pleurs et au désespoir." (1)

Selon Philippopoulos, le terme de dysmorphophobie viendrait du grec *dysmorfia*, signifiant la laideur, spécialement du visage. Le mythe de 'la femme la plus laide de Sparte', relaté par Herodote dans Histoire, qui est emmené par sa nourrice chaque jour dans un temple pour qu'elle soit délivré de sa laideur, serait la première référence à la dysmorphophobie (2).

Mais le cas le plus connu dans la littérature psychanalyste est celui de "l'hypochondriaque paranoïaque" de l'Homme Loup. Ce patient diagnostiqué par Freud comme étant un névrotique compulsif « négligé sa vie quotidienne et son travail car il était absorbé, e négligeant tout le reste, par l'état de son nez. Sa vie était centrée sur le petit miroir dans sa poche. Son sort dépendait de ce que ce miroir révélait ou allait révéler » (3).

D'autres cas similaires ont par la suite étaient rapportés dans les années 30 par Jahrreiss puis commentés plus tard par Ladee (4).

Les prémices d'une définition apparaissent alors. "La préoccupation est tellement centrée sur l'un des aspects de l'apparence physique, qui est perçu comme déformé, répulsif, inacceptable ou ridicule, que l'existence entière est dominé par cette préoccupation et que plus rien d'autre n'a d'importance". Les parties du corps les plus concernées sont alors répertoriés: le nez, les dents, la peau et les cheveux.

Cependant la définition de la dysmorphophobie ne sera posée que dans le DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Third Edition); la dysmorphophobie est alors considérée comme un trouble somatique atypique et les critères de diagnostique n'y sont pas mentionnés. Les critères de diagnostique n'ont été établis que dans la version revisitée du DSM-III-R qui a en même temps classé la dysmorphophobie comme une maladie somatique à part entière (a somatoform disorder). Il y est établi une distinction entre la forme délirante et la forme non-délirante de la maladie.

Avec la publication du DSM-IV, la différence entre ces deux sous types se fait moins précise. Cela reflète l'avancée des recherches sur la dysmorphophobie, qui suggèrent que les formes délirantes et non-délirantes ne sont pas deux maladies distinctes mais une variation de la dysmorphophobie.

La dysmorphophobie dans le DSM-III-révisé est défini comme :

- (A) Une préoccupation concernant un défaut physique imaginaire ou léger qui
- (B) cause une détresse clinique significative ou un handicap dans le fonctionnement social, occupationnel ou d'autres domaines.
- (C) Les symptômes ne peuvent pas être mieux expliqués par une autre maladie. »

Dans le DSM-V, la dysmorphophobie a été classé dans un nouveau chapitre "troubles obsessionnels compulsifs et troubles associés", qui inclus aussi les troubles obsessionnels compulsifs, la trichotillomanie, et l'excoriation.

Voici sa nouvelle définition:

- (A) Préoccupation concernant une ou plusieurs imperfections ou défauts perçus dans son apparence physique qui ne sont pas apparents ou qui semblent mineurs pour autrui.
- (B) A un moment de l'évolution du trouble, l'individu a eu des comportements répétitifs (vérification dans le miroir, toilettage excessif, excoriation de la peau (skin picking), recherche de

rassurement) ou des actes mentaux (comparaison de son apparence avec celle d'autrui) en réponse à des préoccupations concernant son apparence physique.

(C) La préoccupation entraîne une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants

(D) La préoccupation concernant l'apparence n'est pas mieux expliquée par une insatisfaction concernant le poids ou le tissu adipeux chez un individu dont les symptômes répondent aux critères diagnostiques d'un trouble alimentaire.

Des précisions sont aussi apportées concernant l'insight du patient et la dysmorphie musculaire, que nous redévelopperons plus tard.

(5,6)

Self reported body dysmorphic disorder by proxy

Une variante de la dysmorphophobie a été décrite dans la littérature. La préoccupation du sujet se porte sur une imperfection chez quelqu'un qui a l'air normal. Seulement 5 case report ont été recensés. Les patients sont autant préoccupés et en détresse que si leur défaut étaient chez eux, avec les mêmes pensées suicidaires pouvant aller jusqu'au suicide (7). Les symptômes sont les mêmes ainsi que les croyances sur la maladie ("si il était plus beau il serait plus heureux", "si il était plus beau je serais plus content"), mais ils sont tout de même peur de blesser la personne si elles le révèlent leur préoccupation concernant leur défaut. Il est à noter que les deux types de dysmorphophobie peuvent co-exister (8).

II. DONNEES DEMOGRAPHIQUES

A. PREVALENCE

Bien que méconnue la dysmorphophobie tend à concerner une part non négligeable de la population. Plusieurs études démographiques ont été menées sur des populations différentes. Ainsi en 1997, Faravelli et al ont étudié la prévalence de la dysmorphophobie chez 637 sujets issus de la population Toscane et ont obtenu une prévalence de 0,7%; dans une autre étude de plus faible ampleur, Bienvenu a trouvé une prévalence de 3% en 2000. Ainsi les taux peuvent varier en fonction des outils utilisés pour l'évaluation, mais aussi de la taille de l'échantillon et de la population cible.

Plusieurs études datant de 1989 à 2004 ont étudié la prévalence de la dysmorphophobie dans la population générale. Le tableau suivant résume les différentes études menées ainsi que les taux obtenus. Nous constatons ainsi que les taux de prévalence peut-être disparate, cela peut s'expliquer par des méthodes d'évaluation moins rigoureuses, surtout dans les premières études menées dans les populations étudiantes.

Auteurs	Année	Pays	Nombre sujets	Population	Evaluation	taux (%)
Faravelli et al.	1997	Italie	673	Echantillon communautaire	Entretien clinique	0,7
Bienvenu et al.	2000	USA	373	Echantillon communautaire	Entretien clinique	1-3
Otto et al.	2001	USA	976	Echantillon communautaire	Entretien clinique	0,7
Koran et al.	2008	USA	2048	Echantillon communautaire	Entretien téléphonique	2,4
Buhlmaan et al.	2009	Allemagne	2510	Echantillon communautaire (pop gén)	Auto-évaluation	1,8
Schieber et al.	2014	Allemagne	2129	Echantillon communautaire (pop gén)	Entretien téléphonique	2,9
Fitts et al.	1989	USA	258	Lycéen	Auto-évaluation	28
Biby	1998	USA	102	Lycéen	Auto-évaluation	13
Mayville et al.	1999	USA	566	Etudiants	Auto-évaluation	2,2
Bohne et al.	2002	Allemagne	133	Lycéen	Auto-évaluation	5,3
Bohne et al.	2002	USA	101	Lycéen	Auto-évaluation	4
Cansever et al.	2003	Turquie	420	Lycéen	Auto-évaluation, entretien clinique	4,8
Sarwer et al.	2005	USA	559	Lycéen	Auto-évaluation	2,5
Sarwer et al.	1998	USA	100	Chirurgie esthétique	Auto-évaluation	7
Ishigooka et al.	1998	Japon	415	Chirurgie esthétique	Entretien clinique	15
Altamura et al.	2001	Italie	487	Médecine esthétique	Entretien clinique	6,3
Vargel et al.	2001	Turquie	20	Chirurgie esthétique	Entretien clinique	20
Vindigi et al.	2002	Italie	56	Chirurgie esthétique	Entretien clinique	53,6
Aouizerate et al.	2003	France	132	Chirurgie esthétique	Entretien clinique	9,1
Veale et al.	2003	Grande Bretagne	29	Rhinoplastie	Auto-évaluation	20,7
Crerand et al.	2004	USA	91	Chirurgie esthétique	Auto-évaluation	8
Castle et al.	2004	Australie	137	Cosmétique non chirurgical	Auto-évaluation	2,9
Sarwer et al.	1998	USA	43	Chirurgie reconstructive	Auto-évaluation	16
Crerand et al.	2004	USA	50	Chirurgie reconstructive	Auto-évaluation	7
Phillips et al.	2000	USA	268	Dermatologie	Auto-évaluation	11,9
Dufresne et al.	2001	USA	46	Dermatologie	Auto-évaluation, entretien clinique	15
Hart et al.	2001	Allemagne	13	Dermatologie	Entretien clinique	23,1
Uzun et al.	2003	Turquie	159	Dermatologie	Entretien clinique	8,8

Cependant d'une façon générale nous retrouvons un taux dans la population générale de 1 à 3%, dans la population étudiante de 2,5 à 5%, et dans la population de chirurgie esthétique et dermatologique des taux plus importants de 7% à 15% lorsque l'on prend les études de grandes ampleurs et avec des biais limités (9).

Une étude récente de 2010 a étudié un échantillon de grande ampleur: 2510 participants issus de la population allemande. Un bref questionnaire de diagnostique de la dysmorphophobie selon les critères du DSM-IV a été utilisé. Nous retrouvons un taux de prévalence de 1,8%(n=45), avec un taux légèrement plus élevé chez les femmes (2%, n= 28) que les hommes (1,5%, n= 17) (10). Ces résultats sont similaires à ceux trouvés par Koran dans la population des Etats Unis (n=2048) qui est de 2,4% (11).

Cependant ces études ont été effectuées en se basant sur les critères du DSM-IV. Une étude de 2015 de Schieber et al a effectué une étude de la prévalence sur une large population (n=2129) en se basant sur les critères de diagnostiques du DSM-V. Il a alors été trouvé une prévalence de 2,9%. Bien que similaire avec les résultats précédents, on observe un taux plus important. Cependant en comparaison avec le DSM-IV, les nouveaux critères du DSM-V ne semblent pas avoir un impact sur le taux de prévalence, mais permettent de refléter plus précisément les symptômes cliniques de la dysmorphophobie. De plus les patients dysmorphophobiques ont été identifiés que ce soit en utilisant les critères du DSM-IV ou ceux du DSM-V(12).

- **Dysmorphophobie dans les populations de chirurgie esthétique et dermatologiques**

Plusieurs études montrent une prévalence de la dysmorphophobie plus importante dans les populations concernées par la chirurgie esthétique que dans la population générale. Nous obtenons ainsi des taux de 7 à 8% sur des études de faibles ampleurs, et de 6,3% à 9% sur des études de plus larges ampleurs.

Les taux des populations dermatologiques sont quand à eux plus élevés, allant ainsi de 9 à 15%. (13–31)

- **Les parties concernées sont multiples :**

La partie la plus concernée reste en général le visage dans 86% des cas, avec le nez, les cheveux, la peau, les yeux et les dents (12%), le menton, la bouche, la mâchoire, les oreilles, le front.

Les autres parties du corps concernées peuvent être les genoux, les jambes, le ventre, la poitrine, les parties génitales, les mains, les bras, les épaules, les hanches, les pieds, les fesses, les cuisses

Plusieurs parties du corps peuvent être concernées à la fois ou se succéder. Ainsi un patient dysmorphophobique pourra durant sa maladie est préoccupé par 5 à 7 parties différentes de son corps (10,11,32–34).

B. AGE D'APPARITION

Une étude récente de 2013 montre que sur 428 patients 66% ont eu une apparition de la maladie avant l'âge de 18 ans. L'apparition de la maladie se fait majoritairement de 12 à 13 ans (35)(33) bien que nous retrouvons des âges d'apparition allant de 4 à 49 ans. Il est à noter que chez les femmes l'âge d'apparition est plus tôt (10). L'étude de Will confirme ces données mais ajoute un élément supplémentaire : l'âge de diagnostique de la maladie. Ce dernier est aux alentours de 30 ans. Ainsi il se passe près de 15 ans où le patient souffrant de dysmorphophobie est livré à lui-même, ne recevant aucun traitement (12).

Peu d'études ont été réalisées sur pourquoi la maladie apparaît à cet âge-ci mais on peut supposer que l'image de notre corps est un facteur important du développement psychologique et personnel chez l'adolescent, auquel on peut rajouter l'importance du statut social (inclusion ou exclusion d'un groupe) à cette période. Ces facteurs peuvent conduire à l'apparition de la dysmorphophobie à l'adolescence. Un âge d'apparition de la maladie précoce n'est pas associé à des symptômes plus sévères ni à un fonctionnement psychosocial plus faible ou une qualité de vie moindre (35).

Cependant un âge d'apparition plus jeune est associé significativement avec des pensées suicidaires et taux de tentative de suicide plus important (35).

C. EVOLUTION

La dysmorphophobie est une maladie sur le long terme et non pas épisodique. La sévérité des symptômes peut ainsi évoluer au fil de la maladie.

De plus même après avoir été traitée, une rémission complète des symptômes reste rare. Plus les symptômes dysmorphophobiques sont sévères et de longues durées, plus rare est la rémission complète, ou même partielle, après 1 an de traitement(9)(36). La présence d'un autre trouble de la personnalité réduit aussi ces probabilités(37). Cela montre que le traitement pour la dysmorphophobie nécessite des temps de traitements long et doit être suivi sur du long terme (38).

Nous trouvons cependant des taux de rémission plus importants lorsque les suivis et traitements psychologiques sont plus ciblés et que les traitements pharmacologiques sont optimaux et adaptés (24,7% de rémission totale et 33% de rémission partielle à 1 an) (39)(40).

La dysmorphophobie est donc une maladie chronique, qui même en étant traitée, est difficilement guérissable entièrement.

D. DIFFERENCES DE GENRE

Plusieurs études ont été effectuées pour savoir s'il y avait une différence de prévalence entre les hommes et les femmes. Des résultats inconstants ont été trouvés, certaines études trouvent que la prévalence est plus élevée chez les femmes, d'autres que ce taux est plus important chez les hommes, et d'autres que la prévalence est égale chez les hommes et femmes. Les critères

d'inclusions/ exclusions différant selon les études, la sévérité de la maladie, etc, de nombreux biais sont présents empêchant une conclusion à ce sujet (41).

Cependant nous retrouvons des différences concernant les parties du corps concernés par la dysmorphophobie. Chez les femmes cela concerne la poitrine, les hanches, le poids et les jambes, tandis que pour les hommes cela concerne plutôt les parties génitales, la taille, la peau (acné) , le nez, une pilosité excessive, la musculature et la perte de cheveux (42). Ces différences sont celles retrouvées généralement dans la population générale et sont le reflet de la culture promu par les médias ou la publicité. Cela suggère que les normes et valeurs culturelles peuvent influencer le contenu des symptômes dysmorphophobiques.

- **La dysmorphie musculaire**

Il est une forme de dysmorphophobie qui ne concerne quasiment que les hommes, la dysmorphie musculaire. C'est une préoccupation sur le fait que le corps est trop petit, chétif est a une musculature inapproprié. En réalité ces hommes sont très musclés et imposants. Un travail compulsif à la salle de gym est commun ainsi qu'une attention extrême porté sur l'alimentation et aux compléments alimentaires. Le risque est que cette pathologie peut mener à un usage abusif et dangereux d'anabolisants stéroïdiens (42).

E. STATUTS MARITAUX

Une grande majorité des sujets souffrants de dysmorphophobie (90%) est soit célibataire, séparé ou divorcé. De même la majeure partie est au chômage (85%). Ainsi la dysmorphophobie serait hautement invalidante que ce soit sur un plan social ou économique. Ces résultats sont similaires à ceux d'autres études où l'on retrouve que 89,6% des dysmorphophobiques évitent les activités sociales et 51,7% souffrent d'un déficit de performance au travail ou dans leurs études (32,34,43).

F. ENFANTS ET ADOLESCENTS

Le diagnostique concernant les enfants et adolescents est plus difficile à poser. Les patients jeunes étant moins à même à évoquer leurs symptômes dysmorphophobiques à leur praticien à moins qu'ils ne soient interrogés spécifiquement dessus. Cela est du au sentiment de honte qu'ils éprouvent à ce sujet (44). Préoccupés par le poids mais aussi par leur peau, l'aspect de leur visage, ils développent des symptômes dépressifs, anxieux et des pensées suicidaires. Les ados sont plus concernés par le poids et la forme (shape) de leurs corps, sans que ce soit un trouble de l'alimentation (anorexie) et développent des symptômes dysmorphophobiques à ce sujet. De plus les changements dû à la puberté qui accompagnent l'adolescence ont tendance à intensifier l'attention portée sur le corps et l'insatisfaction qui peut en découler, spécialement chez les adolescentes (45).

Comparés aux adultes les adolescents sont concernés par le même nombre de parties différentes (6) et les parties les plus concernées sont la peau, leur pilosité, leur ventre, leur poids et les dents. Il n'y a pas de différences sur la fréquence des comportements compulsifs.

Les adolescents ont cependant des symptômes dysmorphophobiques plus sévères que les adultes. Ils sont ainsi 54,3% à penser à leur apparence plus de 3h par jour. Ils ont des scores de détresse et d'handicap fonctionnel plus importants que les adultes, ainsi qu'un taux de tentative de suicide

(44,4%) et de pensées suicidaires plus élevées (80,6%), que ce soit par rapport à la population adolescente en général ou par rapport aux adultes dysmorphophobiques.

De même leur insight est plus élevé que chez les adultes.

L'âge d'apparition de la dysmorphophobie apparaît durant l'adolescence bien que des symptômes subcliniques commencent quelques années avant.

Malgré leurs jeunes âges, près de la moitié des adolescents ont déjà reçus un traitement psychologique.

Parmi les adolescents 22,2% ont abandonné l'école (11,1% définitivement, 11,1 que temporairement) à cause de leur dysmorphophobie, et les adolescents manquent de 38,5 à 58,4 jours d'écoles.

Sur le handicap fonctionnel et social provoqué par la dysmorphophobie il n'y a pas de différences trouvées entre adultes et adolescents.

Ces symptômes dysmorphophobiques plus sévères que chez les adultes peuvent être expliqués par le fait qu'une apparition de la maladie mentale plus tôt entraînent des symptômes plus sévères (45).

Et l'une des données intéressantes et que l'on retrouve une plus fortes proportions de sujets féminins (80,6%) chez les adolescents que chez les adultes, des études de genre chez les adolescents doivent être développés pour étudier ce point plus précisément (46).

Il est donc important de diagnostiquer la dysmorphophobie chez les adolescents, la qualité de vie et de fonctionnement à cet âge la étant très affecté par la maladie, le risque de suicide est plus important (47)(41).

III. ETIOLOGIE

A. CONTEXTE SOCIO CULTUREL

Beaucoup d'auteurs suggèrent que la dysmorphophobie se déclenche à l'adolescence quand le développement physique et social devient un sujet de préoccupation. Pour les femmes, l'apparition des menstruations est en corrélation avec l'apparition de la maladie. L'apparition de l'acné et des modifications dermatologiques vont chez les personnes ayant déjà un ego vulnérable, développées l'anxiété à propos de défauts physiques mineurs. La conscience de son apparence physique est aussi plus importante chez les adolescents commençant à avoir des signes distinctifs physiques particuliers (précocité du développement physique, grandes oreilles, etc).

Actuellement nous pouvons constater une pression sociale de plus en plus accrue dans notre société sur le culte de la perfection physique. A travers la télévision, la publicité, le cinéma, l'objectif d'avoir un corps parfait est proné comme un idéal de vie. Cette pression subite par certains individus, particulièrement pendant l'adolescence et l'enfance, peut être un facteur supplémentaire pour l'apparition de la dysmorphophobie.

Un contexte familial difficile et une enfance difficile produisent les sentiments d'être mal-aimé, d'insécurité, d'être rejeté, qui peuvent être des facteurs favorables au développement de la dysmorphophobie.

D'autres événements sociaux culturels peuvent être le terreau de la dysmorphophobie, tels qu'une chute en public, lors d'événements sportifs ou de danse, ou bien des blessures physiques ou une maladie (48). Rosen estime que ces événements marquants peuvent bouleverser, chez le sujet dysmorphophobique, la conception d'une apparence physique "normale" ainsi que son implication dans la personnalité, l'estime et l'acceptation de soi et de son corps. Une fois que la maladie est apparue, les sujets prêtent une attention accrue au moindre changement dans leur apparence, et l'interprètent d'une manière négative. Ils ignorent ou déforment toute information qui n'est pas en accord avec leurs croyances concernant leur physique (48).

B. FACTEURS SOCIO CULTURELS

- **Appearance based teasing (moqueries sur le physique)**

Un nombre important de nos comportements d'individus adultes sont déterminés par notre enfance et adolescence. Ainsi les moqueries sur le physique faites par les autres enfants ou au sein de la même famille peuvent avoir des répercussions importantes. Dans une étude de 2015 menée sur 435 étudiants, Weingarden a réussi à mettre en évidence le lien entre la dysmorphophobie et les moqueries sur le physique subies étant jeune. Les sujets présentant les symptômes les plus sévères de dysmorphophobie sont aussi ceux ayant subis le plus de moqueries. Cette relation serait spécifique à la dysmorphophobie, une telle corrélation ne se retrouvant pas dans d'autres psychopathologies telles que les troubles obsessionnels compulsifs (TOCs). Les moqueries seraient aussi associées au développement de dépressions et d'handicaps fonctionnels, souvent associés à la dysmorphophobie. Ces résultats suggèrent que l'interprétation des souvenirs liés aux taquineries/moqueries sur le physique pourrait être un facteur important à prendre en compte dans les traitements de la dysmorphophobie (49).

Cependant il est difficile d'établir un lien de cause à effet entre les moqueries sur le physique subies et la dysmorphophobie. Nous pouvons cependant établir que ces moqueries peuvent avoir un lien avec la dysmorphophobie. En effet un patient dysmorphophobique peut interpréter ses souvenirs de moqueries comme des preuves de la présence de son défaut actuelle ("on s'est moqué de mon nez affreux quand j'étais petit, ça doit donc être vrai que je suis affreux"). Mais attention à l'interprétation de ces moqueries, en effet les patients dysmorphophobiques ont pu mésinterpréter des informations ambiguës qu'ils interprètent ou ont interprétés comme des moqueries. De plus il n'y a aucune certitude que ces moqueries aient réellement eu lieu (spécialement chez les patients délirants).

Quoiqu'il en soit ces données sur la présence ou non de moqueries sur le physique doivent être pris en compte lors de la prise en charge et le traitement du patient (50).

C. PERFECTIONNISME

Seulement 3 études ont étudié le lien entre le perfectionnisme et la dysmorphophobie. La plus récente, datant de 2013, basé sur un panel de 2129 sujets, met en évidence le lien entre une personnalité perfectionniste et la présence de la dysmorphophobie. Le perfectionnisme mène à avoir des standards personnels élevés ainsi que d'être très critique envers soi-même. Les perfectionnistes notent même les défauts les plus mineurs et concentrent leur attention dessus, menant à des sentiments négatifs et à de la détresse quand ils ne sont pas capables de tolérer leur imperfections.

Il est cependant à noter que le perfectionnisme n'est pas spécifique à la dysmorphophobie, il peut se rencontrer dans d'autres troubles mentaux (51).

D. SENS DE L'ESTHETIQUE

Veale a démontré que les individus souffrant de dysmorphophobie présentent un sens de l'esthétique plus élevé ainsi que des standards esthétiques plus élevés que la population générale (52).

Cet esthétisme est valorisé chez l'individu, parce qu'il peut donner d'autres caractéristiques autres que physiques. La psychologie évolutionniste suppose que parce que la beauté est importante pour la reproduction et l'acceptation sociale, quelques individus idéalisent l'importance de la beauté pour la reproduction, ce qui peut devenir un facteur dans le développement de la dysmorphophobie (52).

Pour la composante émotionnelle de l'esthétisme, il y a chez les dysmorphophobiques une plus grande réponse émotionnelle à la beauté ou à la laideur. Il a été trouvé que les dysmorphophobiques surévaluent la beauté des gens jugés attirant comparé au reste de la population.

De plus les dysmorphophobiques ont souvent une éducation ou une activité liée à l'art et au design comparé à la population générale et psychiatrique. Dans l'étude de Veale de 2002 (52) 20% des patients dysmorphophobiques ont une éducation ou une activité liée à l'art et au design (ce qui est statistiquement significatif comparé aux autres groupes de l'étude).

Cependant il n'est pas encore déterminé quelle est la cause et l'effet, est ce parce qu'ils ont un sens esthétique développé (et donc travaillent dans l'art et le design) qu'ils ont une dysmorphophobie, ou est ce parce qu'ils ont une dysmorphophobie qu'ils ont un sens de l'esthétique développé ?(53)

E. VIOLENCES INFANTILES ET NEGLIGENCES

Nombres de patients dysmorphophobiques déclarent avoir subis ou ressentis des violences infantiles ou de la négligence. Parmi eux on retrouve une négligence émotionnelle dans 68% des cas, des violences émotionnelles dans 56% des cas, violences physiques dans 34,7% des cas, négligences physiques (33,3%) et des violences sexuelles (28%) (54).

Des symptômes plus sévères de dysmorphophobie sont retrouvés chez les patients ayant subies des violences sexuelles dans l'enfance. De plus un comportement suicidaire a été significativement associé avec des violences perçues physiques, émotionnelles et sexuelles.

Les abus sexuels peuvent avoir un lien avec l'image mentale que l'on a de soi. Cela peut se déclencher lorsque le sujet se regarde dans un miroir durant ou après un viol. Une patiente a ainsi reporté qu'à l'âge de 15 ans elle se sentait belle. Mais lors d'un viol elle s'est vu dans un miroir et a vu son visage pétrifié et déformé, et cette image d'un point de vue extérieur (d'un observateur par le miroir) est resté en elle et est devenue l'image mentale qu'elle a d'elle même (54).

Cette présence de violences lors de l'enfance doit être prise en compte lors de la prise en charge et du traitement de la dysmorphophobie. Cela peut mener à un changement du fonctionnement cérébral tel que la baisse de l'activité du système sérotonergique et la croissance de la production de cortisol (ce qui expliquerait le bénéfice des IRS). De plus nous pouvons supposer que ces violences peuvent être un facteur étiologique ou prédisposant à la dysmorphophobie, bien que de plus amples recherches doivent être menées pour établir de façon certaine ce lien (54).

F. GENETIQUE

Peu d'études ont été réalisées sur le caractère génétique de la dysmorphophobie. Cependant l'hérédité et les facteurs génétiques semblent contribuer à la dysmorphophobie. Ainsi 8% des individus diagnostiqués avec une dysmorphophobie ont un membre de leur famille qui est aussi dysmorphophobique, soit 4 à 8 fois la prévalence de la population générale.

De plus 5,8% des dysmorphophobiques ont un lien familial au premier degré avec un sujet souffrant de TOCs. Un taux 5 fois plus important que dans la population générale (33).

Des études avec comme sujets des jumeaux montrent que les facteurs génétiques seraient responsables à 44% des préoccupations dysmorphophobiques, et que les facteurs environnementaux le seraient à 56% (55) (56)

Une autre étude préliminaire a été publiée à ce sujet concernant la dysmorphophobie. Richter et al ont trouvé une association entre l'allèle GABA(A)-gamma-2 1(A) et la dysmorphophobie (57). La même étude montre une association avec un polymorphisme de l'allèle du transporteur promoteur de la serotonine (serotonin transporter promoter polymorphism short allele) et la dysmorphophobie.

Toutes ces données montrent qu'un facteur génétique peut être en cause dans la dysmorphophobie.

IV. SYMPTOMES

La dysmorphophobie est une maladie hautement handicapante et présentant plusieurs signes cliniques. Nous allons aborder les principaux symptômes retrouvés dans cette pathologie.

A. ANXIETE SOCIALE ET DEFICIENCE FONCTIONNELLE

62% des sujets dysmorphophobiques souffrent d'anxiété sociale dû à leurs dysmorphophobie. Ce taux est plus élevé que pour d'autres troubles anxieux tel que les TOCs ou l'agoraphobie. Parmi cette anxiété sociale on retrouve un évitement des contextes sociaux, ainsi qu'une peur de ces derniers, Ces deux symptômes sont associés avec une déficience fonctionnelle, entravant la vie courante (58).

Les dysmorphophobiques portent une haute importance à la perception qu'ils ont eux même de leur apparence se traduisant par une anxiété sociale. L'importance de cette perception de leur apparence par eux même est égale à la perception de l'opinion d'autrui sur leur apparence. Ainsi l'évaluation sociale qui pourrait être fait par autrui concernant leur apparence, et l'anxiété qui s'en suit est un critère centrale de la dysmorphophobie, autant que leur propre préoccupation sur leur apparence (59).

B. PENSEES OBSESSIONNELLES

Les dysmorphophobiques souffrent de pensées obsessionnelles incontrôlables et intrusives. Ces pensées peuvent s'accroître dans des situations où les sujets pensent que leurs “défauts” peuvent être évalués par autrui. Dans certains cas sévères, les sujets ont des difficultés à penser à autre chose qu'à leur défaut. Ainsi ces pensées sont présentes pendant 3 à 8 heures par jour, et sont considérées comme étant pathologique à partir de 1 heure par jour.

C. COMPORTEMENTS COMPULSIFS

Ces comportements compulsifs se matérialisent par le fait d'inspecter, d'essayer d'améliorer ou de camoufler leurs apparences. Ils peuvent ainsi passer plusieurs heures par jours à observer leur défaut dans un miroir, à se maquiller pour cacher leur défaut, ou utiliser des vêtements ou des positions physiques qui cacheraient la partie du corps concerné.

D'autres peuvent au contraire éviter les miroirs, les situations ou vêtements qui exposeraient leurs défauts. Tous les dysmorphophobiques ont au moins un comportement compulsif, que ce soit le fait de se comparer sans cesse aux autres, de se scruter dans le miroir ou le skin picking. Ces comportements, en plus de prendre de longues heures par jours, mènent à un handicap dans les relations sociales et professionnelles.

De plus bien que ces comportements aient comme but initial de réduire l'anxiété des sujets ils ne parviennent qu'à l'effet inverse.

Plus de la moitié des patients passent 3 heures ou plus par jours à effectuer ces comportements (rituels) compulsifs. Certains de ces comportements sont appelés comportement de sauvegarde ou de protection (safety behaviors) car leur but est de diminuer ou supprimer les émotions douloureuses, ou de prévenir un événement malheureux, tel que le fait de se sentir humilié ou gêné.

Le fait de se comparer aux autres et quasiment systématique et peut provoquer anxiété et troubles de la concentration. 90% des patients se scrutent dans le miroir de façon répétée et excessive.

Un autre comportement répétitif est l'excès d'hygiène (se brosser les cheveux ou se laver la peau de façon répétée et excessive), de bronzage (afin de gommer les imperfections de la peau), de demander à autrui de nous reconforter (reassurance seeking) sur notre physique, l'achat important de produits de beauté, changer ses vêtements de manière excessive afin de trouver une tenue qui nous mettent plus en valeur (ou qui cache les défauts), et de l'exercice physique à outrance (la perte de poids dans le cas de muscle dysmorphia). Ces comportements tendent à stabiliser un état émotionnel, le sujet étant à la recherche d'un sentiment de confort, même éphémère, qui ne peut être atteint que par ces comportements.

Beaucoup d'autres comportements compulsifs existent (60).

- **Vérification du camouflage**

Les patients peuvent aussi vérifier de façon excessive dans un miroir que le camouflage de leur défaut est bien efficace. De la même manière ils vont demander aux personnes les entourant si leur défaut est bien caché. Le fait de vérifier ce camouflage est moins fréquent chez les personnes souffrant d'un réel défaut physique (cicatrices ou autres) mais avec un état mental “sain” que les dysmorphophobiques.

Le fait de vérifier ses défauts peut aussi survenir dans certains cas où les patients ont un doute à propos de la sévérité de leur défaut. En ce faisant ils tentent de mieux cerner leur défaut et de récolter plus d'informations à ce sujet.

- **Curage de la peau (skin picking en anglais)**

Le skin picking n'a pas de traduction équivalente en français. Il peut se traduire par le “curage de la peau”. Elle désigne l'action de se nettoyer la peau, en extirpant les imperfections à l'aide des ongles ou d'objets pointus (aiguilles, rasoirs) qui peuvent entraîner des risques hémorragiques importants s'ils sont utilisés au niveau des artères faciales ou carotides, ou bien des risques infectieux.

Ainsi plus de 44,9% des dysmorphophobiques ont eu des épisodes de curage de peau pathologique et 36,9% en ont actuellement. La conséquence est que ce picking, ayant pour but initial de faire disparaître des défauts imaginaires ou minimes, entraînent des lésions cutanées réelles. Pour camoufler ces lésions secondaires au picking ils utilisent du maquillage.

Il est à prendre en considération par les praticiens que ce picking n'est donc pas une automutilation mais un désir d'améliorer son apparence physique.

Ainsi le picking est à considérer comme un symptôme à part entière de la dysmorphophobie, et est souvent considéré par les patients comme le comportement le plus handicapant pour eux (61).

D. DETRESSE ET ALTERATION DE FONCTIONNEMENT (impairment of functioning)

Les dysmorphophobiques ont des taux de dépression, d'anxiété et d'hostilité plus élevé que les patients souffrant d'autres troubles psychiatriques et de la population générale. (60)

La dysmorphophobie impacte et altère la vie quotidienne, sociale, familiale et intime des patients.

Presque tous les patients reportent des effets sur leurs résultats scolaires. 11% ont arrêté l'école définitivement à cause de leur maladie. (9)

Cela a aussi un impact au niveau professionnel. Le temps pris par les comportements compulsifs rend le travail moins efficace et peut entraîner des retards. De plus l'anxiété sociale peut poser problème lors de recherches d'emplois ou empêcher d'effectuer un travail en contact avec le public ou causer des problèmes d'absentéisme.

36% reportent n'être pas allé au travail pendant une semaine ou plus au cours d'un même mois.

E. SYMETRIE

Plus de 25% des patients souffrant de dysmorphophobie reportent une préoccupation concernant la symétrie d'une partie de leurs corps. Un grand nombre de parties du corps peuvent être concernés parmi lesquels il y a les cheveux, la poitrine, les yeux, les sourcils, le nez et les lèvres.

Ainsi une préoccupation importante au sujet de la symétrie est à considérer comme un signe d'appel et un symptôme de la dysmorphophobie (62) (63).

F. LA CONSCIENCE DE LA PATHOLOGIE (insight en anglais)

Les dysmorphophobiques ont une faible perception de leur maladie, de la conscience d'être malade, qui peut même être absente, dans 72% des cas.

L'insight permet de classer les patients en tant que « délirant » ou « non délirant ». Le patient non délirant va pouvoir reconnaître que son défaut est imaginaire et que sa réaction vis à vis de celui-ci est disproportionnée et pathologique. Le patient délirant va au contraire être convaincu de la véracité de son défaut physique et ne considérera pas ses réactions comme anormales et pathologiques, et sera insensible aux arguments ou preuves que l'on pourra lui présenter. Les patients de type délirant tendent à avoir une plus grande morbidité, notamment dans les comportements suicidaires.

Cela a pour conséquence que les patients avec un niveau de perception de leur maladie faible nécessitent des entretiens motivationnels afin de les engager dans un traitement et de le maintenir dans la durée (63).

Cette conscience de la maladie varie d'un sujet à l'autre, cet élément est évidemment à prendre en compte dans la prise en charge et le traitement de la dysmorphophobie.

G. PEUR DU REJET

Les dysmorphophobiques s'inquiètent du fait que les gens les jugent négativement et de ce fait les rejettent. Cette peur du jugement se porte plus particulièrement sur leur apparence physique, ce qui peut entraîner un trouble anxieux social. De plus cette peur du rejet est proportionnelle aux symptômes dysmorphiques et dépressifs (64).

H. UTILISATION DE TRAITEMENTS ESTHÉTIQUE

Les dysmorphophobiques recherchent la plupart du temps à avoir recours à de la chirurgie esthétique et plastique, ceci afin d'améliorer leurs défauts. Ainsi, selon les études entre 50 et 76% des patients ont recherché des traitements esthétiques chirurgicaux, et une grande majorité a pu bénéficier de ces traitements. Lorsque ces traitements n'ont pas pu être réalisés c'était en majeure partie au refus du praticien d'effectuer l'intervention. Souvent, le patient va alors chercher un autre praticien qui voudra bien effectuer l'intervention désirée pouvant ainsi passer d'un praticien à l'autre de nombreuses fois, ce phénomène est communément appelé « shopping medical » (33).

V. COMORBIDITE

Dans une étude de 293 sujets dysmorphophobiques, les participants partagés les critères d'inclusions pour au moins 2 autres diagnostics de comorbidité (dépression, OCD, abus substance, phobie sociale). Nous allons détailler quelques un de ces troubles et maladies.

A. DEPRESSION ET TROUBLES DE L'ANXIETE

Le taux de comorbidité le plus important est pour une dépression majeure. Plus de 75% des dysmorphophobiques ont un passif dépressif et 50% sont en dépression actuellement. Les troubles de l'anxiété coexistent avec la dysmorphophobie dans 60% des cas. Il est a noté que dans 78% des cas, l'état dépressif survient après l'apparition de la dysmorphophobie.

La comorbidité avec la phobie sociale est quand à elle de 38%. La phobie sociale survient majoritairement avant l'apparition de la dysmorphophobie. Il est donc difficile pour le praticien de différencier la phobie sociale primaire de l'anxiété sociale secondaire du à la dysmorphophobie (65).

B. TROUBLES OBSESSIONNELS COMPULSIFS

Un passif de TOCs chez les dysmorphophobiques est retrouvé dans 30 à 78% des cas, et une comorbidité actuelle est retrouvée dans 6 à 30% des cas. De plus TOCs et dysmorphophobie partagent certaines caractéristiques communes. Par exemple dysmorphophobie et hypochondrie comportent tous les deux des pensées obsessionnels et des comportements de vérifications (checking behaviors), la différence est que l'objet de la préoccupation chez le dysmorphophobiques est l'apparence tandis que chez l'hypochondriaque c'est la santé de l'individu. On retrouve une comorbidité de l'hypochondrie dans 2% des cas (65).

C. L'ABUS DE SUBSTANCES

L'abus d'une substance et la dépendance à celle ci se retrouve fréquemment chez les patients dysmorphophobiques. Près de la moitié des patients ont un historique d'abus de substance. Ainsi on observe un passif de ces troubles présent chez près de la moitié de ces patients. De plus on observe une corrélation significative entre l'abus de substance et le taux de tentative de suicide. Ce taux d'abus de substance est ainsi plus élevé que celui retrouvé dans la population générale mais aussi que dans les autres troubles psychiatriques.

De plus l'apparition de la dysmorphophobie précède l'abus de substance dans 69% des cas. Parmi les 75% des dysmorphophobiques qui reportent des abus de substance (drogues, alcool) 41,6% relient ces abus à leurs symptômes dysmorphophobiques. (58)

L'alcoolisme est la pathologie la plus présente. Ces abus de substances addictives peuvent être considéré come une « auto médication » afin de se soulager du stress et de la détresse causé par la maladie (65,66).

D. TROUBLES DE L'ALIMENTATION

On retrouve un passif de boulimie ou d'anorexie chez 7 à 14% des sujets. Dans une étude de 41 patients hospitalisés pour anorexie, 39% remplissaient les critères pour être diagnostiqué dysmorphophobique (67).

E. TROUBLES DE LA PERSONNALITE

Ce taux de comorbidité est l'un des plus élevés. Dans une étude, 57% des sujets avaient les critères de comorbidité avec au moins un trouble de la personnalité, le plus fréquent était un trouble de la personnalité évitante. La paranoïa et les troubles de la personnalité dépendante présentent aussi une comorbidité importante avec la dysmorphophobie. On retrouve aussi une comorbidité avec une personnalité narcissique, histrionique (besoin d'attention exagéré, 4%) (68).

Il est à noter qu'une plus grande comorbidité est à associer avec un handicap social plus important, que ce soit au niveau des relations sociales ou du travail.

VI. DIAGNOSTIQUE DIFFERENTIEL

La dysmorphophobie peut souvent être non diagnostiquée ou diagnostiquée comme étant une autre maladie. Cela a pour conséquence que la dysmorphophobie ne soit pas traitée, ou que le traitement ne soit pas approprié et inefficace. De plus il peut y avoir une comorbidité entre la dysmorphophobie et d'autres troubles mentaux (dépression et TOCs). Nous allons voir que les diagnostics suivants peuvent être mal diagnostiqués.

A. TROUBLE DEPRESSIF MAJEUR

Parfois les symptômes dépressifs coexistent avec la dysmorphophobie sont diagnostiqués mais pas la dysmorphophobie, ou bien les symptômes dysmorphophobiques sont considérés comme étant des symptômes de la dépression. Il est important pour le praticien de questionner le patient sur les symptômes dysmorphophobiques chez les patients dépressifs et de diagnostiquer la dysmorphophobie si elle est présente, sans conclure hâtivement que la préoccupation sur le physique ne soit simplement secondaire à la dépression.

B. PHOBIE SOCIALE

La dysmorphophobie provoque souvent une anxiété sociale avec un retrait et un évitement des contextes sociaux, que les praticiens peuvent supposer comme étant des symptômes de la phobie sociale ou un trouble de la personnalité évitante. Il est donc important de demander au patient avec une phobie sociale importante ce qui provoque cette phobie. Si leur phobie sociale est

secondaire à une préoccupation sur leur physique, alors la dysmorphophobie est le diagnostic approprié.

C. AGORAHOBIE

Il n'est pas rare que les dysmorphophobiques soient confinés chez eux, car ils se sentent trop laids pour être vus par les autres ou trop anxieux de voir d'autres gens. Les patients souffrant d'agoraphobie doivent être interrogés sur ce qui provoque le fait de rester enfermés chez eux, et la dysmorphophobie doit être diagnostiquée si elle est présente.

D. TOCs (Troubles Obsessionnels Compulsifs)

La dysmorphophobie et les TOCs sont caractérisés par la présence de comportements obsessionnels et compulsifs. Cependant, ces troubles ont des différences cliniques importantes. La dysmorphophobie est caractérisée par un faible insight et par des pensées suicidaires et dépressives plus fréquentes. Si les obsessions et les comportements compulsifs se concentrent sur le physique, alors la dysmorphophobie est le diagnostic le plus approprié.

E. TRICHOTILLOMANIE

Certains patients dysmorphophobiques s'arrachent leurs poils (sourcils, cheveux) résultant en une perte de cheveux et de pilosité notable. Si le but de ce comportement est d'améliorer un défaut physique perçu, alors la dysmorphophobie doit être diagnostiquée.

F. SCHIZOPHRENIE ET TROUBLES PSYCHOTIQUES NON SPECIFIQUES

Parce que les croyances (certitudes) sur le physique peuvent être délirantes et que ces délires peuvent être importants, la dysmorphophobie peut être mal diagnostiquée comme étant un de ces troubles. Si les symptômes psychotiques sont limités aux symptômes dysmorphophobiques, alors la dysmorphophobie est le diagnostic le plus approprié (69).

VII. PATHOPHYSIOLOGIE

La pathophysiologie de la dysmorphophobie est complexe. Plusieurs mécanismes entrent en jeu, et bien que plusieurs études aient été menées, nous ne pouvons que prudemment nous avancer pour

l'établissement d'un modèle de la pathophysiologie de cette maladie.
Nous allons aborder les différents facteurs qui rentrent en jeu à l'aide de plusieurs études.

A. FONCTION NEUROCOGNITIVE

- **Caractéristique de perturbation de la mémoire**

Les sujets atteints de dysmorphophobie ont des déficits d'organisation stratégique et logique, d'apprentissage, de mémoire à court et long terme. Cependant ils ne montrent pas de problèmes pour classer les informations une fois qu'elles ont été apprises.

Ces déficits d'organisation affectent à la fois la mémoire verbale et non verbale, suggérant une dysfonction du système frontostrié. Ces troubles de la mémoire verbale et non verbale seraient aussi dus à un déficit d'attention (fundamental attentional processes) et de la mémoire à court terme (70).

B. NEUROCHIMIE

- **Perturbation du système sérotoninergique**

Plusieurs études montrent une perturbation du système sérotoninergique chez le patient dysmorphophobique :

Le [3H] paroxetine est un ligand spécifique du transporteur de la serotonine (5-HT), qui se lie aux plaquettes sanguines du sujet. Sa présence ou son absence permet d'évaluer l'implication des mécanismes sérotoninergiques présynaptiques dans le phénomène de la dysmorphophobie.

Ainsi les dysmorphophobiques ont des taux de concentration de sites de liaisons entre la [3H]paroxetine et la protéine de transport 5-HT plus faibles que chez les sujets sains, mais équivalent à celui retrouvé chez les sujets atteints de TOCs.

Ainsi les sujets atteints de dysmorphophobie devraient répondre aux médicaments inhibiteurs de la recapture de 5-HT (71).

Dans un cas clinique il a été trouvé que la disparition de l'un des précurseurs de l'acide aminé 5-HT (le tryptophane) dû à une diète a entraîné une augmentation des symptômes dysmorphophobiques ainsi que des crises de sanglots chez un patient souffrant de dysmorphophobie et de TOCs, qui a été traité avec succès avec un inhibiteur de la recapture de sérotonine (IRS). La disparition du tryptophane n'a pas exacerbé ses symptômes liés aux TOCs, ce qui a été aussi retrouvé chez d'autres patients avec des TOCs traités par IRS. La réponse des symptômes dysmorphophobiques aux IRS est plus dépendante de la disponibilité de la sérotonine que ne le sont les symptômes liés aux TOCs.

D'autres preuves indirectes existent concernant l'implication de la transmission sérotoninergique dans la dysmorphophobie.

Chez un patient, la prise de psilocybine, un agoniste du récepteur 5-HT₂ (utilisé par la sérotonine habituellement) a temporairement atténué les symptômes dysmorphophobiques (72).

Au contraire, la prise de cyproheptadine, un antagoniste du récepteur 5-HT₂, a été associée avec une nouvelle apparition de symptômes dysmorphophobiques (73).

Il a aussi été trouvé que l'agoniste de la sérotonine mCPP a entraîné une augmentation de la préoccupation liée aux défauts physiques chez les patients dysmorphophobiques (74). Une autre preuve indirecte est le fait que de nombreuses études ont mis en évidence le fait que la prescription d'IRS est efficace dans le traitement de la dysmorphophobie (voir partie Traitements).

Cependant aucune étude n'a encore trouvé de lien formel entre une perturbation du système sérotoninergique et la pathophysiologie de la dysmorphophobie (75).

- **Perturbation du système dopaminergique**

Une perturbation du système dopaminergique pourrait aussi être en lien avec la dysmorphophobie. Une dysfonction de ce système est retrouvée dans les comportements addictifs et dans les Troubles Obsessivo-Compulsifs, ce qui expliquerait en partie les comportements compulsifs dans la dysmorphophobie.

Il a ainsi été trouvé qu'un nombre plus faible de récepteur à la dopamine a été retrouvé chez les patients dysmorphophobiques.

Une des hypothèses avancées est qu'une déficience du système sérotoninergique entraîne une inhibition du système dopaminergique, menant à une augmentation de la production de dopamine qui est alors suivie par un rétro-contrôle en baissant le nombre de récepteurs à la dopamine (76).

Il est constaté qu'un traitement par IRS réduit cette hyperactivité dopaminergique, ce qui renforcerait la thèse d'une perturbation secondaire à la perturbation sérotoninergique.

C. ANOMALIES DU TRAITEMENT VISUEL

- **Troubles de la reconnaissance d'expressions faciales**

On constate que les dysmorphophobiques sont plus lents et moins précis dans la reconnaissance des expressions faciales.

Ainsi des visages neutres peuvent être mésinterprétés comme ayant des expressions de mépris ou de colères.

Cela peut avoir des répercussions sur la symptomatologie de la dysmorphophobie. Une anomalie de la perception des expressions faciales peut participer à une mauvaise interprétation des émotions des individus, et mener à la croyance que les autres les regardent d'une manière méprisante ou menaçante. De plus, ce défaut de reconnaissance peut aussi être un facteur important de la déformation de leur propre perception physique, en tant que perturbation du traitement de l'information visuelle (77)(78).

- **Anomalie du traitement visuel**

Nous observons que les dysmorphophobiques ont un nombre de fixations du regard sur leurs défauts plus important mais aussi que cette concentration du regard sur la zone de leur défaut se retrouve lorsqu'ils regardent un visage autre que le leur.

De plus lorsqu'ils regardent leur propre visage, la durée de la fixation du regard sur leur défaut est aussi plus grande que la normale.

Malgré le fait que les sujets dysmorphophobiques présentent un certain degré de phobie sociale nous ne constatons pas un évitement du regard de la personne en face du patient, les sujets dysmorphophobiques n'ont ainsi pas peur de regarder dans les autres dans les yeux (79).

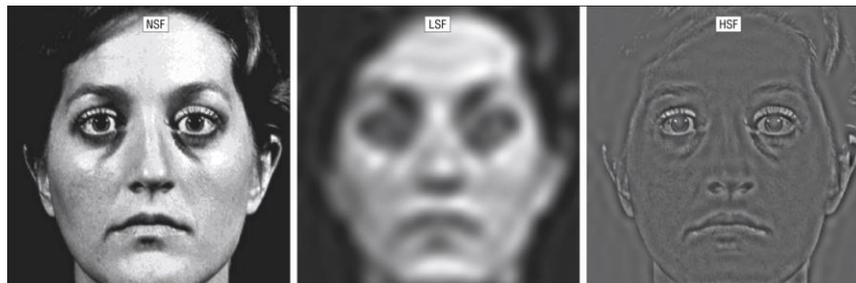
En général, la reconnaissance faciale est une fonction importante du cerveau impliquant plusieurs paramètres. Une reconnaissance faciale efficace dépend à la fois des informations de configuration du visage et des informations sur les caractéristiques (éléments) du visage.

Les informations sur la configuration du visage comprennent les distances entre les éléments du visage (distance entre les yeux et la bouche), et les éléments holistiques (le visage comme étant un tout), et sont médiées par les informations spatiales de basses fréquences.

Les informations de caractéristiques incluent des détails tels que la texture de la peau, les traits du visage, la texture des cheveux, etc et sont médiées par les informations spatiales de hautes fréquences.

Il est illustré ici un même visage. La première image est le visage sans modifications.

La deuxième image est le visage qu'avec des informations de basses fréquences (Low Spatial Frequency). La troisième image est le visage qu'avec des informations de hautes fréquences (High Spatial Frequency).



Pour des courtes durées de visualisation, les premières informations à être traitées sont celles de basses fréquences. De plus pour des visualisations d'une durée de 500ms ou moins, il n'y a pas plus de 2 fixations du regard (fixation eyes) qui s'effectuent. Une observation des détails nécessitant une durée de visualisation plus longue et donc de plus de fixation du regard.

L'objectif de cette étude est d'étudier les effets d'une inversion du visage chez les dysmorphophobiques dans le but de comprendre les mécanismes de visualisation de la face, s'ils opèrent d'une façon globale (holistique) ou locale (détaillé).

Les sujets doivent reconnaître des visages restés droit ou inversés, le temps de réponse et la précision étant mesurés.

Nous constatons que les individus souffrant de dysmorphophobie souffrent moins des effets de l'inversion des visages dans leur reconnaissance que les sujets sains, mais cela uniquement pour les temps d'exposition des visages longs (5000ms). Pour les temps d'expositions des visages courts (500ms) il n'y a pas de différence significative.

Cette différence peut s'expliquer de plusieurs façons: la capacité des dysmorphophobiques à se

concentrer sur les détails fait qu'ils sont moins sujets à l'inversion globale du visage. Ainsi les durées de visualisation plus longues permettent une analyse du visage et de ses détails plus importants, ce qui confère un avantage pour reconnaître les visages inversés, sur les périodes longues à la fois pour les sujets sains et dysmorphophobiques.

Les sujets sains ont plus tendance à avoir une approche globale du visage, qui est perturbé lors de l'inversion des visages.

Les sujets dysmorphophobiques sont ainsi plus sensibles aux informations de haute fréquence qui concernent les détails de la face (80). Cependant il semble que ce déséquilibre n'intervient que pour les temps d'observation long. Cliniquement cela se produit tous les jours lorsque les dysmorphophobiques se regardent durant plusieurs heures dans un miroir.

- **Traitement de l'information visuelle des visages**

Une reconnaissance faciale efficace dépend à la fois des informations de configuration du visage et des informations de caractéristiques (éléments) du visage.

Un IRM a été effectué pendant que les sujets devaient reconnaître différents visages. Les visages étaient des photographies de visage avec des expressions neutres qui n'étaient pas modifiés, ou qui étaient modifiés pour inclure seulement des informations visuelles de hautes fréquences, ou modifiés pour inclure uniquement des informations visuelles de basses fréquences.

Les sujets souffrant de dysmorphophobie ont montrés une plus grande activité de l'hémisphère gauche comparé au groupe contrôle, particulièrement dans le cortex latéral préfrontal et dans la région du lobe latéro-temporal pour tous les types de visages (normal, HSF et LSF). Ils montrent aussi une activité du cingula dorso-antérieur pour les visages LSF. Il est aussi retrouvé une activité élevée anormale de l'amygdale chez les dysmorphophobiques pour les images LSF et HSF, à l'inverse du groupe contrôle.

Le groupe contrôle n'a montré une activité du cortex préfrontal gauche et du cingula dorso-antérieure uniquement pour les visages HSF (détails).

Ainsi les dysmorphophobiques ont une activité neurale pour les images nécessitant normalement une approche holistique qui est équivalente à celle nécessitant une approche détaillé et parcellaire du visage.

La prédominance de l'activité de l'hémisphère gauche pour les visages LSF (global) et NSF montre une analyse parcellaire et détaillé plutôt qu'une analyse holistique chez les dysmorphophobiques, qui elle se retrouve chez les sujets sains pour les visages HSF. On observe aussi une hyper-activité de l'amygdale pour les images LSF et HSF.

Ces anomalies sont donc à associés avec une perception visuelle altérée chez les dysmorphophobiques, chez le visage d'individus autres mais aussi pour leur propre apparence.

La perception du visage, chez les sujets sains semble être contrôlée par plusieurs régions dans le cortex visuel extrastriale et d'autres régions non visuelles qui forment un réseau.

Le gyri occipital inférieure responsable de la perception primaire des caractéristiques faciales fournit des informations (interaction/contribution) au sulcus temporal supérieur (variations du visage tel que les expressions) et le gyrus fusiforme latéral (aspect du visage invariable). Des IRM lors de la reconnaissance faciale ont montré une activité dans le ventre du cortex occipitotemporal et du cortex dorsolatérale occipitopariétal, ainsi que dans les régions préfrontal et temporal.

Il a été démontré que les images HSF et LSF empruntent des chemins neuraux différents. Les informations issues des HSF sont projetées au cortex ventral via le chemin parvocellulaire (81).

Les informations visuelles LSF sont acheminées au cortex dorsal via les chemins magnocellulaire (82).

Ces résultats montrent que les dysmorphophobiques diffèrent fondamentalement des sujets contrôles dans leur modèle de visualisation du visage. On observe ainsi une plus grande activation du côté gauche au niveau des cortex préfrontaux et temporaux pour toutes les tâches, ainsi qu'une activité plus importante du cinguli dorso-antérieur pour les visages LSF. Le groupe contrôle a montré cette activité que pour les tâches HSF, suggérant que les dysmorphophobiques utilisent un processus neural pour les reconnaissances faciales NSH et LSF similaire à celui qu'utilise les sujets sains pour les visages HSF.

Ces modèles latéraux suggèrent un biais pour le traitement des détails par rapport à une vision globale du visage pour les dysmorphophobiques.

De plus les dysmorphophobiques montrent une activation anormale de l'amygdale pour les visages HSF et LSF,

En général l'hémisphère gauche sert pour le traitement analytique des données, tandis que l'hémisphère droit sert pour le traitement holistique-globale des données. Cette activation préfrontale gauche suggère que les dysmorphophobiques utilisent une analyse plus détaillée et parcellaire pour reconnaître les visages de type HSF. L'activation prédominante du cortex préfrontal droit chez les sujets du groupe contrôle suggère qu'ils analysent de façon plus holistique les visages LSF et NSF.

Ces résultats sont concordant avec ceux de l'étude menée par Deckersbach (70), les dysmorphophobiques s'attardant plus sur les détails au détriment de l'organisation des éléments pour un sujet visuo-spatial autre qu'un visage (83).

- **Anomalies du traitement visuel des objets**

Une étude similaire a été effectuée mais en utilisant des maisons plutôt que des visages, ceci afin d'étudier si les dysmorphophobiques ont des anomalies dans le traitement visuel des informations pour des stimuli non associés à leur symptômes.

L'analyse des scans IRM a permis de mettre en évidence que chez les dysmorphophobiques, il y a une plus faible activation des systèmes secondaires de traitement des images pour les éléments holistiques et configuratifs. De plus, des symptômes plus sévères de dysmorphophobie sont associés avec une plus faible activité des régions du flux visuel dorsal et préfrontal ventrolatéral. Les images de maisons n'étant pas un stimulus lié au symptôme de la dysmorphophobie, cela suggère la possibilité d'une anomalie générale du traitement de l'information visuelle.

Les résultats montrent une activité anormale pour les stimuli LSF dans les systèmes de traitement visuel occipital et temporal. Cependant la prédominance d'une hyperactivité de l'hémisphère gauche n'a pas été démontrée. On constate une hypoactivité dans le gyrus lingual gauche et dans le cortex parahippocampal. Ce dernier a été identifié comme une région importante pour la reconnaissance et l'encodage des lieux, scènes et maisons. Le groupe dysmorphophobique a aussi montré une hypoactivation par rapport aux stimuli LSF des systèmes impliqués dans l'attention dirigée et soutenue au niveau du cortex cingulaire postérieur et precuneus.

Les dysmorphophobiques sous-activent ainsi les systèmes impliqués dans le traitement secondaire des informations visuelles et de l'attention, spécialement pour les éléments généraux et holistiques. Une plus grande sévérité des symptômes est aussi associée avec des anomalies dans le traitement des informations visuelles au niveau de la configuration de l'image, au sein des images non altérées et des images HSF. Une plus grande sévérité des symptômes peut aussi être associée à une capacité moindre de l'intégration visuelle au niveau du système préfrontal.

Au final ces deux études apportent des preuves sur une hypoactivation anormale du cortex visuel chez les patients dysmorphophobiques. On observe aussi qu'une plus faible activité des voies dorsales visuelles est associée à des symptômes plus importants.

Cependant ces anomalies du processus visuels ne sont pas identiques en fonction du sujet qui est regardé (une maison, son visage, le visage d'un autre), cela peut être expliqué par le contexte de leurs symptômes. Par exemple un stimulus effectué par son propre visage est directement relié aux préoccupations physiques du sujet concernant son visage, et activé des émotions importante et/ou des comportements (croyances) compulsifs.

Le stimulus par un autre visage peut aussi se rapporter à ses symptômes indirectement, les dysmorphophobiques se comparant souvent physiquement aux autres. Ces stimuli activent les systèmes préfrontaux et frontostriale et conduisent à une top-down modulation secondaire du système visuel. Les stimulations via une maison, qui n'est pas relié aux préoccupations physiques du patient et donc moins sujets à engager des émotions du patient ainsi que des comportements compulsifs, sont moins sujets à une top-down modulation (bien que cela doit encore être testé directement). Les anomalies au niveau du cortex visuel retrouvés dans le stimulus par une maison suggèrent un niveau de traitement visuel des informations plus faibles chez les dysmorphophobiques.

En conclusion ces études suggèrent que les dysmorphophobiques ont des anomalies dans le traitement des informations visuelles de hautes et basses fréquences, concernant leurs visages ou les visages en général. Ces résultats confortent le modèle d'un déséquilibre dans le traitement global vs le traitement local, qui existe pour les stimuli liés aux symptômes ainsi que pour les stimuli non liés aux symptômes (84).

Top down modulation : c'est un processus bi directionnel qui régit notre capacité à se concentrer sur une tâche relevant d'un stimulus et à ignorer les « distractions » en favorisant ou stoppant les activités neurales dans le cortex sensoriel des régions dépendant du stimulus (visuel, auditif, etc).

- **Anomalies du traitement visuel et systèmes frontostrié**

Le même principe d'étude que précédemment a été appliqué, mais cette fois ci avec les propres visages des participants et des visages qui leurs sont familier. Ces derniers ont été modifiés pour correspondre à des images LSF, HSF ou NSF.

Les dysmorphophobiques ont une activation cérébrale anormale quand ils voient leur propre visage, avec une hypoactivité dans les systèmes de traitement visuel primaire et secondaire pour les visages LSF, et une hyperactivité dans le système frontostrié pour les visages NSF.

Une aversion dans le jugement des visages apparait qui explique les différences entre les groupes dans les régions frontostrié (frontostriale) mais pas dans les régions du traitement visuel.

Lors de l'observation de l'image LSF, on observe une activation anormale des régions corticales visuelles primaires et secondaires suggérant une anomalie dans le traitement des informations holistiques et de configurationnelles. Cela peut indiquer un déficit d'activité au niveau du flux dorsale magnocellulaire, qui normalement fournit le traitement des images de basse fréquence (LSF). Cliniquement, cela contribue à une perception déformée de soi même. Les individus perçoivent les détails mais ont donc du mal à les remettre dans un contexte global ou configurationnel.

Dans l'étude avec des visages inconnus, le groupe dysmorphophobie a aussi montré une hypoactivation relative dans le cortex occipital gauche. Mais cela avait lieu pour les images NSF, avec une localisation maximum dans le cuneus bilatéral et le gyrus occipital médial gauche. Dans l'étude présente, on observe une hypoactivation relative du cuneus bilatéral et du precuneus lors

du contrôle de l'aversion, à droite et à gauche. La prédominance de l'hémisphère gauche n'est pas démontrée dans cette étude, ce qui peut s'expliquer par le fait que la reconnaissance de son propre visage par rapport à des visages inconnus active les régions de l'hémisphère droit (85,86).

On observe une hyperactivité frontostriale chez les dysmorphophobiques avec une hyperactivité du cortex orbitofrontal gauche et du noyau caudé. On retrouve cette hyperactivation chez les patients atteints de TOCs, ce qui laisse à penser à des similarités dans le fonctionnement neuroanatomique entre la dysmorphophobie et les TOCs.

De plus cette hyperactivité n'est retrouvée que pour les images NSF, car ces images étant leur propre visages cela active les pensées obsessionnelles et les comportements compulsifs.

Il ressort aussi que l'hyperactivité frontostriale est associée avec des symptômes plus sévères de dysmorphophobie ainsi qu'avec une réaction émotionnelle plus importante (mesurée par le taux d'aversion vis à vis de leur visage). On trouve aussi lors de cette activation émotionnelle une plus faible activité du courant visuel dorsal (dorsal visual stream) qui est responsable du traitement configurationnel et holistique (84).

D. VOLUMES CEREBRAUX ET SEVERITE DES SYMPTOMES

Les volumes du gyrus inférieur frontal gauche et de l'amygdale droite sont significativement proportionnels à la sévérité des symptômes dysmorphophobiques. Ce sont les mêmes régions qui ont montré une hyperactivité dans l'étude de Feusner de 2007, basé sur la même cohorte.

Le gyrus inférieur frontal fait partie des régions préfrontal, temporal et occipital, il semble être impliqué dans le traitement visuel des visages. De plus lors de tâches devenant de plus en plus complexes au fil du temps, on s'aperçoit d'une bascule d'activité du gyrus droit vers le gyrus gauche, qui est le reflet d'une bascule d'une "pensée" (stratégie) de traitement simple, vers une plus complexe et plus analytique. Il est aussi en cause dans la perception de la beauté faciale.

L'observation de cette augmentation de volume du gyrus inférieur frontal gauche allant de paire avec la sévérité des symptômes dysmorphophobiques peut être « le reflet du degré d'analyse des détails qui ont lieu tous les jours quand les dysmorphophobiques voient le visage des autres et le leurs ».

L'amygdale est connue pour avoir un rôle dans le traitement des expressions émotionnelles et neutres, ainsi qu'un médiateur de la réponse émotionnelle. Une hyperactivité de l'amygdale a été trouvée dans la phobie sociale, particulièrement du côté droit. La phobie sociale étant un trait retrouvé chez les dysmorphophobiques (87).

Ainsi les dysmorphophobiques posséderaient une réponse émotionnelle supérieure à la normale ainsi qu'une anomalie dans le traitement des expressions.

E. TRAITEMENT SELECTIF DES INFORMATIONS EMOTIONNELLES

Grâce à l'application du test de Stroop, il a été montré que les dysmorphophobiques ont des difficultés à maintenir leur attention en présence d'éléments (ici des mots) ayant une signification émotionnelle à leur égard, spécialement ceux reliés à leurs préoccupations physiques, que cela soit en terme positif ou négatif. Cela suggère que les dysmorphophobiques sont à la fois concernés par leur idéal de beauté que leur laideur imaginée (fictive). Cela expliquerait pourquoi les dysmorphophobiques demandent souvent d'être rassurés sur leur physique (reassurance) ou se compare avec les autres au sujet de leurs apparences physiques (88).

L'une des caractéristiques de la dysmorphophobie est la réponse émotionnelle négative à la vue d'une des parties du corps que le patient pense laide ou déformée. Les dysmorphophobiques sont dégoûtés par leur apparence et pense que les autres le sont tout autant. Cela suggère que les patients ont une hyperactivation pathologiques des structures limbiques qui contrôlent le dégoût et l'aversion lors d'un stimuli visuel, tel que l'amygdale et le cortex insulaire, ce phénomène se retrouvant chez les patients OCD (75).

F. UN MODELE PATHOPHYSIOLOGIQUE DE LA DYSMORPHOPHOBIE

Suite à ces études et aux informations que celles ci nous fournissent, un modèle de la pathophysiologie de la dysmorphophobie peut être établi afin d'avoir une vision d'ensemble du fonctionnement de cette pathologie.

La pathophysiologie de la dysmorphophobie semble être une interaction complexe de dysfonctionnements dans le fonctionnement neural. Un déséquilibre entre les hémisphères semble avoir aussi un rôle crucial. L'hémisphère droit est dominant dans la régulation des émotions et dans l'image du corps. Cela semble être confirmé par l'apparition de dysmorphophobie secondaire à la lésion du lobe temporal droit.

Un déséquilibre des hémisphères se retrouve dans les processus de reconnaissances faciales, avec une plus grande activation des régions préfrontal et latéral gauche, qui peut contribuer à des biais visuels concernant les détails perçus. De plus, l'insula, l'amygdale et le SFG (superior frontal gyrus) apical régulent le dégoût et l'aversion des perceptions visuels, un processus fondamental dans la dysmorphophobie, qui est mis en évidence par une hyperactivité de ces régions chez les dysmorphophobiques.

Une dysfonction dans les circuits fronto strié peut aussi être impliquée dans la pathophysiologie de la dysmorphophobie. On en retrouve des preuves dans des études IRM des structures neurales dans des cas de dysmorphophobie. Des interventions neurochirurgicales portant sur ces circuits fronto-strié ont été efficaces chez des individus habituellement réfractaires aux traitements habituels de la dysmorphophobie.

Les structures spécifiques impliqués dans la dysmorphophobie semblent être celles concernant l'image du corps, la reconnaissance de soi et les perceptions déformés, tels que le PHG (parahyppocampal gyrus) droit, le cortex occipito dorsal, la jonction temporo parieto occipital, le gyrus fusiforme, l'IPL (lobe parietal inférieur), le gyrus frontal inférieur (IGF) et le cortex dorsolateral prefrontale (DLPFC).

Des dysfonctions dans ces structures peuvent contribuer à une vision distordue de leur visage et leur corps chez les patients dysmorphophobiques. Une malfonction du DLPFC empêche de corriger ces perceptions biaisées générées par les autres systèmes dysfonctionnant, entretenant ainsi ces mésinterprétations.

Une dysfonction du ventre medial du cortex pré-frontal, responsable de l'inhibition limbique face à des stimuli aversifs peut jouer dans l'incapacité des patients à réguler leurs réactions de dégoût et d'anxiété vis à vis de leurs défauts physiques.

Quand les patients pensent à leur corps et leur apparence, une activation insuffisante du PHG droit entraine une auto-évaluation négative de leur apparence et des biais d'interprétations négatifs.

Les circuits fronto-occipito-temporaux avec une plus grande activation gauche entraînent un processus visuel porté sur les détails plutôt qu'une vision holistique et globale. Le circuit fronto-strié peut alors contribuer à des dysfonctions fonctionnelles et à l'apparition de pensées obsessionnelles répétitives et intrusives ainsi qu'à des comportements compulsifs chez les dysmorphophobiques.

Les transmissions sérotoninergique modulent aussi les symptômes dysmorphophobiques au niveau du circuit fronto-subcortical et/ou du système limbique. Cela peut mener à une potentialisation des symptômes. Les bénéfices du traitement par IRS peuvent être dus à plusieurs mécanismes. Cela inclut l'amélioration de l'inhibition sérotoninergique de l'amygdale et de l'insula, qui réduit les affects négatifs et l'anxiété sociale, et/ou en augmentant le relargage de 5-HT dans le cortex paralymbique et les glandes basal, améliorants les symptômes obsessionnels compulsifs (75).

VIII. EVALUATION

Les questionnaires d'évaluations de la dysmorphophobie ont été développés en concordance avec les différentes conceptualisations de la maladie. Cependant certaines mesures se concentrent sur des caractéristiques communes avec d'autres troubles tels que les TOCs, les troubles de l'alimentation, delusions and overvalued ideas, et la perturbation dysmorphophobique comme des symptômes primaires contre des symptômes secondaires.

A. YALE BROWN OBSESSIVE COMPULSIVE SCALE MODIFIED FOR BDD (BDD-YBCOS)

Avant l'apparition de ce questionnaire, il n'y avait aucune évaluation spécifique de la dysmorphophobie qui n'existait. Le Y-BCOS initialement prévu pour les TOCs a été adapté par Phillips en 1993, du aux similarités entre TOCs et dysmorphophobie. Ce questionnaire comporte 10 items cliniques afin d'évaluer la sévérité des symptômes dysmorphophobiques durant les dernières semaines. L'échelle (le questionnaire) mesure le niveau de détresse et d'interférence des pensées concernant les défauts et les efforts fait pour les contrôler, il mesure aussi le temps passé dans les activités liés aux défauts (s'observer dans un miroir, se camoufler).

Cependant ce questionnaire a été critiqué par le fait qu'il ne prenne en compte que la symptomatologie compulsive de la dysmorphophobie (89)(90).

Le questionnaire est disponible dans les annexes.

B. BODY DYSMORPHIC DISORDER EXAMINATION

Le Body dysmorphic disorder examination (BDDE) a été développé par Rosen et Reiter en 1996 afin de diagnostiquer la dysmorphophobie et de mesurer la sévérité des symptômes concernant l'image du corps que l'on a de soi (ou mesurer l'image négative que l'on a de son corps).

Ce questionnaire comporte 33 items qui peuvent être médiés par un praticien au cours d'un entretien, ou effectués par le patient lui-même. Le but est de diagnostiquer la maladie mais aussi de détailler les symptômes qui pourront être pris en compte lors du traitement. Les items portent sur les différents aspects de la préoccupation du patient concernant son physique, tel que la conscience de soi (self-consciousness) et l'embarras subis, l'importance excessive donnée au physique lors d'une auto-évaluation, l'évitement d'activités sociales, le fait de cacher/camoufler son corps, et d'examiner son corps. De plus, d'autres items sont là pour déterminer la conviction de savoir si le défaut existe ou s'il est important.

Le format de ce questionnaire nécessitant un temps de traitement assez long (environ 15 à 30 min) il est difficile à utiliser en tant que questionnaire de dépistage de la dysmorphophobie. Cependant il est préconisé afin de poser un diagnostic précis et pour mesurer l'évolution de la maladie (89).

C. BROWN ASSESSMENT OF BELIEFS SCALE (BABS)

Le BABS a été développé en 1998 par Eisen. Il comporte 7 items afin de mesurer la conscience qu'a le patient de sa maladie, et ce parmi une large gamme de troubles psychiatriques. Il a été développé initialement avec des patients souffrant de psychose, de TOCs et d'autres troubles de l'anxiété. Avec ce questionnaire la croyance principale qui a préoccupé le patient durant la semaine passée est établie, puis le patient est interrogé sur la conviction de sa croyance, la perception qu'il a des autres concernant sa croyance, l'explication des différents points de vue entre le patient et les autres individus, sur la continuité (régularité) de sa croyance, la tentative de réfuter ses croyances, sur son insight, sur la qualification de sa croyance.

Cette échelle a été utilisée avec les patients dysmorphophobiques, avec comme intérêt de pouvoir classer les patients dans la catégorie délirant ou non délirant, comme établi dans le DSM-IV (cette distinction n'est plus faite aujourd'hui), et de mesurer l'évolution de leur insight. Il permet de mesurer l'évolution de la maladie, au cours d'un traitement par exemple (91)(92).

D. OVERVALUATE IDEAS SCALE (OVIS)

Il a été développé en 1999 afin de mesurer le nombre d'overvalued ideas (idées surinvesties) (qui est situé entre la pensée délirante et la pensée rationnelle, comporte des éléments de vérité, peut être convaincu par le praticien de la fausseté de cette idée) concernant ses obsessions et compulsions. Ce questionnaire clinique évalue de nombreux domaines des processus de pensées reliés aux croyances obsessionnelles primaires et inclut des points d'ancrages pour chaque item afin de donner une structure cohérente au test. Les croyances du patient sont évaluées en fonction de leur étrangeté, de leur précision, de leur omniprésence, de leur persistance et continuité, de leur durée, de l'effectivité des compulsions. L'OVIS mesure la force des croyances du patient dans l'existence de défauts (93).

E. DYSMORPHIC CONCERN QUESTIONNAIRE (DCQ)

Développé en 1998, le DCQ est plus un outil de mesure des symptômes dysmorphophobiques qu'un outil de diagnostic. Le DCQ évalue la surpréoccupation concernant le physique sans chercher à établir un diagnostic de dysmorphophobie. Ainsi le DCQ tente de cerner la nature

du problème dysmorphophobique ainsi que les tentatives de l'individu de gérer ce problème. Les items montrent l'évaluation de la préoccupation qu'a l'individu concernant son physique: inexistant, la même que la majorité des gens, plus que la plupart des gens, ou beaucoup plus que la majorité des gens (94).

F. BODY DYSMORPHIC DISORDER QUESTIONNAIRE

Développé en 1995 par Phillips, basé sur le DSM-IV. Validé sur une grande population (2891 femmes) il comporte 9 items : préoccupation concernant le physique, si ils sont reliés au poids, la préoccupation à ce sujet et le stress qui en découle, l'interférence avec la vie sociale, l'école, le travail, le fait d'éviter les rencontres et les contextes sociaux, ainsi que le temps passer par jour à penser à ce défaut physique.

Il présente des taux de spécificité (89 à 90%) et de sensibilité (94 à 100%) élevé, valeur de prédictivité positive de 70 à 98%, valeur prédictivité négative de 71 à 100% (95).

Ce questionnaire court, avec une spécificité et une sensibilité élevées peut être utilisé lors d'un entretien de courte durée afin de diagnostiquer la dysmorphophobie.

Le défaut de ce questionnaire est que les réponses sont soit Oui soit Non (96).

Le questionnaire est disponible dans les annexes.

G. BODY IMAGE DISTURBANCE QUESTIONNAIRE

Il est dérivé du BDDQ, il comporte 7 items mais ceux ci ne sont plus des questions OUI/NON, mais nécessitent des réponses évaluatives, ainsi que quelques modifications de vocabulaire. Les questions 1,2 et 5-6-7 demandent des réponses ouvertes (nature des défauts perçus, effets sur la vie quotidienne, etc) afin de fournir plus d'informations sur le contexte clinique au praticien (97).

H. BODY IMAGE QUALITY OF LIFE INVENTORY

Il permet de mesurer les conséquences positives et négatives qu'à l'image qu'a le patient de son corps dans plusieurs domaines ou contextes. Il mesure l'effet sur sa vie en général, sur ses émotions, les relations sociales et sexuels, le rapport à la nourriture et à l'exercice, au niveau de l'hygiène, du contexte familial et du travail (98).

D'autres mesures sont utilisées pour les patients dysmorphophobique. Le Body dysmorphic module est une check list de 6 items qui correspond aux critères du DSM-IV et consiste en une courte interview. Bien qu'il ne permette pas de mesurer le degré des symptômes, il peut aider le praticien à diagnostiquer la dysmorphophobie.

Ce questionnaire est disponible dans les annexes.

Des tests utilisant des dessins ont été utilisés afin de mesurer la distorsion perçue des parties du corps concernés par la maladie. Ces dessins sont censés être reliés aux pulsions de l'individu, à ses

anxiétés, ces formes de dessins sont spécifiques aux aspects de la dysmorphophobie, qui est unique à chaque patient (99).

IX. TRAITEMENT

A.MEDICAMENTEUX PAR IRS

Rappel

Lors d'une situation de stress :

- Le taux de glucocorticoïde sanguin augmente. Au niveau de l'hippocampe des récepteurs spécifiques des glucocorticoïdes vont activer l'hypothalamus, permettant la production de CRH (corticotroping releasing hormon) par ce dernier.
- La CRH va entrainer la sécrétion d'ACTH (adénocorticotropine) au niveau de l'hypophyse.
- L'ACTH va avoir une action au niveau des glandes surrénales, libérant ainsi du cortisol. L'excès de cortisol dans le sang entraine une désactivation des récepteurs des glucocorticoïdes au niveau neural, inhibant la sécrétion de CRH. C'est le rétrocontrôle négatif.

Chez les patients déprimés, ce rétrocontrôle inhibiteur n'existe pas et on observe donc une importante concentration de CRH et de cortisol dans le sang. Un stress permanent provoque une augmentation anormale de glucocorticoïdes, ceux ci détériorent alors peu à peu les récepteurs sérotoninergiques.

Rôle de la sérotonine

La sérotonine ou 5-hydroxy-tryptamine (5-HT) est une substance libérée par les plaquettes sanguines permettant la contraction des vaisseaux sanguins. Au niveau du cerveau elle joue le rôle de neurotransmetteur, via des récepteurs spécifiques.

Chez les patients dépressifs et dysmorphophobiques la sérotonine est présente à des taux très faibles et ses récepteurs manquent de stimulation.

Les IRSs empêchent la recapture de la sérotonine. La concentration de cette dernière est alors augmentée dans l'espace inter-neuronal. Ses chances d'être reconnues par le récepteur sérotoninergique sont alors augmentées, favorisant ainsi la transmission du message nerveux.

- **Les IRS sont le traitement de choix**

Les IRS sont habituellement utilisés pour traiter un grand nombre de maladies tels que la phobie sociale, les stress post traumatique, la dépression, l'hypochondrie, boulimie, les troubles de

l'alimentation. Ils sont aussi d'une grande aide pour soigner les symptômes tels que l'impulsivité et l'anxiété, parfois même pour l'agressivité ou la douleur.

Nous retrouvons parmi les IRS: citalopram (Celexa), escitalopram (Lexapro), fluoxétine (Prozac), sertraline (Zoloft), fluvoxamine (Luvox), paroxétine (Paxil), et la clomipramine (Anafranil)

Toutes les études menées sur les IRS montrent que la majorité des dysmorphophobiques sont réceptifs à ce traitement.

Ainsi dans toutes les études que nous allons voir les sujets ont vu leurs symptômes dysmorphophobiques diminués. Les IRS ont été efficaces sur 53 à 73% des participants.

Dans une étude en double aveugle mené par Hollander qui comparé la clomipramine (IRS) à la desipramine (un anti dépresseur non IRS), 29 sujets ont été soumis à chaque traitement aléatoirement pendant 8 semaines. Il en ressort que la clomipramine était plus efficace que la desipramine pour combattre les symptômes dysmorphophobiques (100).

Dans un essai en double aveugle, la fluoxétine était significativement plus efficace dans le traitement des symptômes dysmorphophobiques que le placebo (53% vs 18%). L'efficacité du traitement est apparue significativement à partir de la 8ème semaine seulement. Il est a noté que la réponse au traitement par la fluoxétine n'est pas corrélé avec la sévérité de la dysmorphophobie, la durée de la dysmorphophobie ni la présence d'un autre trouble de la personnalité (101).

Comme montré dans le tableau, 4 autres études sur les IRS ont été effectuées. Dans les 4 études, les sujets souffrant de dysmorphophobies ont répondu favorablement au traitement, avec une diminution des symptômes et une amélioration de la qualité de vie.

Il n'y a pas eu d'étude comparant l'efficacité d'un IRS à un autre. Cependant dans une étude de 90 patients, les taux de réponses aux traitements pour chaque type de IRS étaient similaires avec un taux de 63% des patients ayant vu leurs symptômes diminués.

Les praticiens devraient cependant commencer leur traitement avec un IRS autre que la clomipramine, ce dernier ayant un nombre d'effets secondaires plus important ainsi qu'un risque de toxicité si il est surdosé (102).

Bien que les données soient moins importantes que pour les adultes, les IRS sont aussi efficaces pour les enfants et les adolescents. Dans une étude, sur 33 enfants et adolescents, 19 (53%) des sujets traités avec un IRS ont une baisse significative de leurs symptômes dysmorphophobiques. Une autre étude a été effectuée avec des résultats similaires quand aux réponses au traitement par IRS. Cependant les traitements non IRS donnés aux patients n'ont pas été efficace pour traiter la dysmorphophobie (7).

Un tableau récapitulatif des études menées est disponible dans les annexes.

- **Amélioration du aux IRS**

Lors de la prise d'IRS les sujets répondant au traitement voient une amélioration des réponses dans le BDD-YBOCS. Cela comprend des obsessions moins fréquentes, des comportements compulsifs et de sauvegarde (safety) diminués, ainsi qu'un meilleur contrôle des obsessions et compulsions liés à la dysmorphophobie. Le stress lié à la dysmorphophobie diminue également.

On observe aussi une plus faible perception des défauts physiques (103). Les autres améliorations constatées sont liées à la dépression, à l'anxiété, à la colère/hostilité, la somatisation, aux pensées suicidaires ainsi que les fonctions psychosociales.

- **Dosage des IRS**

Bien que la comparaison des différentes doses des IRS devrait être évalué, aucune étude n'a été effectuée sur ce sujet.

Cependant il a été constaté que la dysmorphophobie nécessite des doses d'IRS plus importantes que celles habituellement utilisées pour la dépression. Cela soulève l'importance de bien identifier les symptômes de la dysmorphophobie. Si on ne se concentre que sur les symptômes dépressifs, il y aura un sous dosage du traitement, qui sera inefficace pour traiter la dysmorphophobie.

Voici les doses moyennes utilisées pour chaque IRS:

- escitalopram: 29+-12 mg/jour
- citalopram: 66+-36 mg/jour
- fluoxetine: 67+-24 mg/jour
- fluvoxamine: 308+-49 mg/j
- paroxétine : 55+-13 mg/jour
- sertraline: 202+-46 mg/jour
- clomipramine: 203+-53 mg/jour

(104)

Cependant ces doses peuvent parfois être dépassées si les effets attendus de la médication ne sont pas suffisants et que le patient supporte bien la médication.

Cependant, la clomipramine ne doit pas être dosé au delà de 250mg/jour (risque de toxicité).

Phillips et Hollander suggère d'utiliser la dose maximale recommandée si le patient la tolère. De plus pour certains patients il peut être nécessaire de dépasser cette dose recommandée (105).

Il est suggéré d'augmenter les doses rapidement pour les patients avec de forts symptômes et à tendance suicidaire. Mais la titration va dépendre de la tolérance du patient au traitement, de son suivi et de la préférence du patient. Phillips et Hollander recommande d'atteindre la dose maximale recommandé par le fabricant entre les semaines 5 et 9 du traitement, si ce dernier est bien toléré.

L'inconvénient de ce dosage rapide est qu'il est difficile de déterminé si une dose plus faible de médicaments peut être efficace. Mais une titration trop lente va présenter le désavantage d'un essai de traitement inutilement long et moins efficace.

La médication doit avant tout répondre aux circonstances cliniques et est patient dépendant (105).

- **Durée de réponse au traitement**

Le délai de réponse au traitement est de généralement 12 semaines, mais peut parfois être de 14 à 16 semaines. Cette réponse va s'effectuer de manière progressive. Les études sur la fluvoxamine et la fluoxetine montrent un temps de réponse de 6 à 9 mois. Le citalopram et l'escitalopram développent quand à eux un temps de réponse respectivement de 4,6+-2,6 semaines et de 4,7+-3,7 semaines. Ces études ont utilisées un temps de titration très rapide. Une augmentation progressive et plus lente des doses entrainera un temps de réponse plus long.

Il n'y a pas eu d'étude portant sur des temps de titration plus long que 12 à 16 semaines, les patients répondant tous favorablement au traitement avant ce délai (105).

- **Maintien du traitement par IRS**

Les seules données que nous possédons sur le maintien d'un traitement IRS sont celles obtenues par Jain. 25 patients ayant répondu positivement à un traitement l'ont continué pour 6 mois supplémentaires. 40% de ces patients ont continué d'obtenir une baisse des symptômes dysmorphophobiques, et seulement 8% ont fait une rechute (évalué par le BDD-Psychiatric Symptom Rating scale).

De fait, Phillips et Hollander recommande que le traitement par IRS soit prolongés pour plusieurs années, voir même plus longtemps... Il n'y a pas de risques majeurs à continuer le traitement sur plusieurs années. Cette décision doit être médiée par la clinique et adaptée à chaque patient. Ainsi un patient ayant fait une rechute après l'arrêt du traitement par IRS semble être un bon candidat pour un traitement sur plusieurs années. De même les patients souffrant d'une sévère dysmorphophobie (surtout à tendance suicidaire ou à tendance violente) devraient aussi se voir attribué un traitement à vie (105).

- **Arrêt d'un traitement efficace**

Les patients peuvent souhaiter l'arrêt de leurs traitements pour plusieurs raisons: ne plus avoir à prendre de médicaments, ne plus supporter les effets secondaires, le prix du traitement, ou le manque d'accès aux médicaments (régions reculés ou pays étrangers).

La clinique nous suggère que cet arrêt devrait se faire si le patient n'a pas un niveau de stress important et est capable de gérer une rechute si cette dernière a lieu. Il est alors conseillé de faire cet arrêt sur plusieurs mois.

Il n'est pas assuré que de suivre une thérapie psychologique prévienne d'une rechute si le traitement par IRS est arrêté.

Cependant d'après l'expérience clinique des auteurs, un patient arrêtant le traitement puis le reprenant ne devrait pas avoir affaire à une plus faible efficacité à ce dernier. Cependant aucune étude précise n'a été menée sur ce sujet (105).

- **Effets secondaires**

Les effets secondaires retrouvés sont les suivants: somnolence-sédation ou hyperactivité, insomnie, symptômes gastrointestinaux tels que la nausée, baisse de la libido (delayed orgasm) et des symptômes tel que rêves agités (vivid dreams) ou vertiges.

Sur une étude de 23620 patients sous SSRI nous retrouvons les effets secondaires suivants :

- maux de têtes: 5,54%
- nausée: 3,62%
- agitation: 0,34%
- sédation: 0,81%
- dysfonction sexuel: 0,47%
- au minimum 1 effet secondaire: 9,71%

Une étude portant sur 2664 adolescents sous traités nous donne les données suivantes concernant les effets secondaires: maux de têtes: 8,23%

nausées: 6,24
agitation: 0,46
sédation: 1,26%
dysfonction sexuel: 0%
au minimum 1 effet secondaire: 14,66%

(106)

Dans une autre étude nous retrouvons en plus les signes suivants: bouche sèche, sudation, vertiges, spasmes musculaires.

Il est à noter que ces effets secondaires se retrouvent plus fréquemment chez les patients jeunes, avec un diagnostic psychiatrique plus importants, des doses d'IRS plus élevés et une durée de traitement plus courtes (107).

Suite à ces effets secondaires les patients peuvent avoir tendance à arrêter la prise du traitement ou à en changer (108)(109).

Les effets secondaires de ces antidépresseurs peuvent ainsi contrebalancer le bénéfice de ces médications en réduisant le bien être du patient (dans une certaine mesure), et diminué l'adhérence du patient au traitement. En effet les effets secondaires peuvent être un facteur prédictif à la non adhérence au traitement (110).

Ces effets secondaires ne sont pas rares mais le plus souvent peuvent être tolérés et résolus. Pour cette raison il est important de bien prévenir le patient de ces effets secondaires mais qu'ils sont relativement bien supportés.

Un ajustement subtil de la dose prescrite d'IRS ainsi que le fait de prendre les médicaments à des moments différents de la journée peuvent diminuer les effets secondaires. Il est important d'avoir cette discussion avec le patient concernant les effets secondaires afin de maintenir une alliance thérapeutique forte pour avoir son adhérence complète au traitement, ce qui est une des clés de la réussite du traitement (105).

Il est donc important d'ajuster précisément le traitement avec une titration à la bonne vitesse pour éviter le maximum d'effets secondaires.

- **Suicide et IRS**

Il a été récemment mis en avant par plusieurs médias un risque accru de suicide chez les adolescents et jeunes adultes sous traitement d'IRS dans des cas de dépression importante et d'autres troubles psychiatriques. Ces cas ne dépassent pas l'âge de 24 ans.

Plusieurs analyses ont trouvé que le risque de suicide chez les patients sous antidépresseurs était de 4% comparé à 2% pour un placebo.

Cependant une étude datant de 2007 menée par Bridge conclut que le bénéfice apportés par les antidépresseurs était bien plus important que le risque de pensées suicidaires ou que le risque de suicide (111).

D'autres études vont dans ce sens. Gibbons a trouvé que les taux de tentative de suicide étaient plus élevés avant la prise d'antidépresseurs que après, incluant les adolescents et les jeunes adultes (112).

De même les tentatives de suicides sont plus présentes chez les patients dépressifs non traités par antidépresseurs que chez ceux traités par antidépresseurs. Les taux les plus hauts de prescription d'IRS chez les enfants et adolescents sont associés avec les taux de morts par suicide les plus bas. On a aussi constaté que lorsque les taux de prescriptions d'IRS ont diminués (sur la période 2003-

2005 aux pays bas et 2003-2004 aux USA), le taux de suicide chez les jeunes a augmenté (113). Il faut ainsi prendre en compte que la dysmorphophobie (et la dépression) sont eux même associés à un taux élevé de pensées suicidaires, de tentatives de suicides et de suicides. Il faut ainsi mettre en balance les risques d'un traitement inadapté de ces maladies et celui du faible risque d'augmentation de pensées suicidaires dans les premières phases du traitement par IRS. Mais cela implique de surveiller le risque de présence de pensées suicidaires lors des phases d'ajustement du traitement.

- **IRS inefficace : changer pour un autre IRS ou augmenter la dose**

Le délai pour juger qu'un IRS est inefficace est de 3 semaines, sur une période d'essai du médicament qui est de 12 à 16 semaines.

Pour y remédier, changer pour un autre IRS peut être une bonne option. Ainsi, Phillips a montré que 43% des patients qui ne répondaient pas efficacement à un premier essai d'IRS y étaient réceptif pour au moins un autre IRS. Et 43,5% des traitements de substitution ainsi reçus étaient efficaces (102).

Dans le cas où le changement de traitement est dû à des effets secondaires non supportables cela ne porte pas à conséquence dans l'efficacité du traitement. En effet parmi les patients répondants à un premier traitement IRS, 92% des traitements de substitutions recevaient aussi une réponse favorable de la part du patient (102).

Concernant l'association de deux IRS dans le cas de traitement de dysmorphophobie peu d'études ont été effectués. Plusieurs combinaisons ont été réalisés : fluoxétine+pimozide, IRS+buspirone (un agoniste partiel du récepteur 5HT_{1a}) , IRS+clomipramine, IRS+ lithium/méthylphénidate. Parmi ces combinaisons seules l'IRS+buspirone, IRS+clomipramine donnent des résultats satisfaisants, avec une amélioration des dysptômes dysmorphophobiques allant de 33% à 44% alors que le patient ne répondait pas à l'IRS seul.

L'association avec le lithium entraînait une augmentation des symptômes dépressifs et des comportements suicidaires mais semble être tout de même une piste intéressante (103)(102).

Vu le peu de recul sur ces combinaisons Phillips suggère que ces combinaisons ne doivent être utilisées que si les essais avec un seul IRS ne sont pas concluants.

Ces combinaisons nécessitent des études plus poussées mais pourraient être des alternatives efficaces au traitement par IRS seul (105).

Pour l'instant il n'a pas été établi qu'une combinaison d'IRS soit plus efficace que le changement d'un IRS à un autre, ou vice versa. L'étude de Phillips et Albertini nous donne cependant quelques données, malgré un effectif restreint. Les patients qui 'ont pas répondu à un traitement par un IRS, et qui se voient ajouté un autre IRS à ce dernier, donne une réponse positive au nouveau traitement de 33%(n=8). Alors que ceux qui ont seulement changé d'IRS (sans combinaison avec un autre) ont un taux de réponse de 44%(n=10) (102).

Lors d'une combinaison avec un IRS, la réponse au traitement était plus grande quand l'IRS de base était déjà partiellement efficace comparé à un IRS de base inefficace (41% vs 18%) (102). D'un point de vue clinique, la combinaison d'IRS semble être un meilleur choix par rapport à un changement d'IRS lorsque la réponse au traitement de base n'est que partiellement efficace. Lorsque l'on observe une diminution des symptômes de dépression ou suicidaires, ou qu'un patient cloîtré chez lui commence à sortir de son domicile, une combinaison d'IRS peut être tenté ceci afin de conserver ces améliorations et dans le but de les potentialiser (105).

Lorsque plusieurs monothérapies à base d'IRS échouent chez un patient, une combinaison d'IRS devrait alors être tentée. A l'inverse lorsque plusieurs combinaisons avec le même IRS de base sont tentées mais se révèle infructueuse, le changement d'IRS de base devrait être effectué (105). Dans tous les cas, que l'on change d'IRS ou que l'on passe à une combinaison, la décision doit être prise en fonction du jugement clinique et des particularités du patient (104).

- **Fausse idées sur le traitement par IRS de la dysmorphophobie**

Les IRS endommagent le cerveau

La peur de dégâts cérébraux causés par les médications psychiatrique se retrouve chez nombre de personnes. Aucune étude n'en a apporté la preuve. Les IRS sont la pour corriger un « déséquilibre chimique » au niveau du cerveau et pour aider au bon fonctionnement de la sérotonine, un élément neural naturel. De plus, les antidépresseurs tels que les IRS permettent la prévention des dommages ou de la mort neural et peuvent même stimulé la neurogénèse (114). En plus de ces effets bénéfiques au niveau neural, il y aurait aussi un effet bénéfique au niveau cardiaque, comme tend à le démontrer les études de Taylor et Roose et Miyazaki. Les taux de crise cardiaque et de mortalité cardiovasculaire seraient moins importants chez les patients traités par IRS. (115)

Les IRS provoquent des suicides

Comme discuté plus haut, aucune preuve ne vient étayer cette thèse. Au contraire, des preuves récentes ont montrés que le risque de suicide ou de comportement suicidaire, était moins important avec un traitement IRS. Cependant tous les patients dysmorphophobiques, traités ou non par IRS, doivent bénéficier d'une attention particulière et soutenue à ce sujet (116,117).

Les IRS créent des zombies

Bien que quelques patients sous IRS indiquent qu'ils se sentent fatigués, en aucun cas ils apparaissent drogués ou avec une personnalité réduite à néant. Au contraire, les patients avec un traitement IRS adapté et efficace déclarent qu'ils se sentent plus « normaux » et qu'ils se sentent à nouveau comme avant. Une étude portant sur l'OCD, qui a des similarités avec la dysmorphophobie, montre que chez les patients sous IRS, l'activité neural anormal qui était présente redevenait normal (105).

Les patients veulent s'en sortir par eux mêmes

Certains patients ne veulent pas de traitements médicamenteux car ils estiment qu'ils peuvent se guérir par eux mêmes. Être motivés à guérir est très important, mais ce n'est pas réaliste d'imaginer se guérir de la dysmorphophobie tout seul. Le traitement peut faciliter cette motivation et il est important pour les patients de profiter des améliorations produites avec un traitement médicamenteux pour parvenir à se motiver (105).

Les effets secondaires sont importants

Les IRS sont généralement bien tolérés. Beaucoup de patients n'ont pas d'effets secondaires. S'ils apparaissent ils sont généralement supportables et se résolvent avec le temps. Cependant si des effets secondaires plus importants apparaissent, ils peuvent être diminués ou résolus en changeant la dose du traitement ou l'heure de prise du traitement (105).

Les IRS provoquent une dépendance

Certains patients éprouvent des symptômes transitoires (tel que des étourdissements) lorsque le traitement est interrompu (surtout s'il est arrêté brusquement), mais ces symptômes ne reflètent pas une dépendance au traitement (105).

Les IRS sont inefficaces

Certains patients disent que les IRS ne fonctionnent pas sur eux, et sont réticents à un autre essai. Souvent ces patients n'ont pas reçus une dose adéquate de traitement ni sur une durée assez longue (comme évoqué plus haut). Dans de tels cas, un autre essai, avec les recommandations adéquates, est souvent utile et efficace (105).

B. MEDICAMENTS NON IRS

Les études menées montrent que les médicaments non IRS sont bien moins efficaces dans le traitement de la dysmorphophobie que les médicaments IRS, avec des taux de réponses très faibles (de 5 à 15%) (118)(119) (100).

Cependant quelques traitements médicaments alternatifs sont à présent étudiés, principalement à destination des patients réfractaires aux IRS. Ainsi les MAO, le levetiracetam (un antiépileptique) et la venlafaxine (qui possède un mécanisme proche de la clomipramine avec moins d'effets secondaires) présentent des résultats encourageants.

De plus amples études à leurs sujets doivent être menées (120)(104).

C. PSYCHOTHERAPIES

Plusieurs psychothérapies existent dans la prise en charge de la dysmorphophobie. Elles peuvent être combinées entre elles ou couplées à un traitement par IRS.

- **Thérapie comportementale**

Dans cette thérapie le patient va peu à peu apprendre à contrôler son comportement face à des situations provoquant un stress (le praticien exposant le patient à ses situations de stress), apprenant ainsi à gérer ses angoisses et à ne pas céder à ses rituels compulsifs liés à la pathologie.

Plusieurs études tendent à prouver l'efficacité de la thérapie comportementale (ERP) dans la prise en charge de la dysmorphophobie. Les patients ayant reçu une thérapie comportementale ont vu une amélioration de leur état au niveau de la symptomatologie dysmorphophobique, de la dépression, de l'anxiété, et des stratégies d'évitement (avoidance).

De plus les effets bénéfiques de ce traitement peuvent et doivent être maintenus par une maintenance de cette thérapie dans le temps, et ainsi éviter une rechute.

Cette maintenance cependant n'améliore pas les symptômes liés à la dysmorphophobie mais améliore ceux concernant l'anxiété et la dépression. Les patients ressentent moins de détresse et sont plus à même à gérer les rechutes (121).

Des effets à long terme peuvent être maintenus si un programme structuré de prévention des rechutes est mis en place. Le fait d'avoir des rendez vous de courtes durées mais réguliers rendent

peu à peu le patient plus indépendant du thérapeute et devient à même d'effectuer plus efficacement les exercices demandés chez lui. (122)
(alors que Rozen en 1995 montre que même sans maintenance les résultats d'une CBT ont duré jusqu'à 4,5 mois après la fin du traitement)(123)

- **La thérapie cognitive**

Dans cette thérapie le patient réfute ses pensées négatives et tente de remplacer son raisonnement délirant par des croyances plus rationnelles. Ces techniques cognitives permettent au sujet de défier les idées pessimistes concernant l'apparence.

L'efficacité de la thérapie cognitive seule est sujette à controverse bien que des résultats encourageant aient été obtenus, avec une amélioration des symptômes dysmorphophobiques ainsi que dans le syndrome dépressif (124). Des études plus poussées doivent être menées afin de déterminer son efficacité. Ainsi la thérapie cognitive seule était souvent utilisée que pour les situations cliniques dans lesquelles les patients sont gravement dépressif, résistant à la thérapie comportementale et qui ont une haute overvalued ideation (125)(126).

- **Thérapie cognitivo-comportementale**

Les thérapeutiques cognitivo comportementales permettent elles aussi une amélioration significative au niveau des symptômes dysmorphophobiques, des obsessions, compulsions, anxiété et de la dépression.

Mais il n'a pas été significativement démontré d'amélioration dans la satisfaction des différentes parties du corps, du stress social et de croyances concernant le physique. Comparativement à la technique de la gestion de l'anxiété, la thérapie cognitivo comportementale a montré des effets significativement plus efficaces sur tous les critères dysmorphophobiques.

La thérapie cognitivo-comportementale est aussi efficace que la thérapie comportementale seule (127)(128).

- **Thérapie métacognitive**

Le but de la thérapie métacognitive est de rendre les patients capables de traiter leurs pensées simplement comme des événements mentaux en modifiant leurs croyances métacognitive concernant leur apparence, en réduisant leur niveau de préoccupation d'eux même et d'inquiétude, tout en développant des stratégies adaptatives.

Elle permet de découvrir en premier lieu ce que les patients ressentent à propos de leurs propres pensées et comment leur schéma de pensées fonctionne (appelées croyances métacognitives). Puis dans un second temps, de montrer au patient comment ces croyances mènent à une réponse inappropriée à ces pensées, ce qui va aggraver ou prolonger les symptômes. Dans un troisième temps, il sera proposé au patient de trouver une manière alternative de répondre à ces pensées dans le but de réduire les symptômes.

Les résultats montrent que la thérapie métacognitive obtient une réduction significative des symptômes dysmorphophobiques comparé au groupe contrôle. De plus ces effets sont toujours présents lors du contrôle des 6 mois (122)(123).

- **Traitements psychosociaux alternatifs**

Certains patients refusent la thérapie cognitivo-comportementale ou mettent fin prématurément à cette dernière. En conséquence, des traitements alternatifs sont alors nécessaires. La psychothérapie interpersonnelle peut alors être une solution.

Les individus souffrant de dysmorphophobie ont souvent un passé de violence psychologique (emotional abuse), de conflits interpersonnels de longues dates et peuvent souffrir d'anxiété sociale handicapante. La psychothérapie interpersonnelle permet aux patients de développer des stratégies visant à réduire cette détresse interpersonnelle (détresse au niveau des relations sociales), cette mauvaise estime de soi, cet état dépressif, qui sont des facteurs entretenant la dysmorphophobie.

L'avantage de l'IBT est que c'est un traitement psychologique spécialement désigné pour les personnes avec un investissement obsessionnel élevé.

Ainsi l'IBT se révèle efficace pour réduire les symptômes dysmorphophobiques mais aussi pour réduire l'état dépressif qui accompagne souvent la dysmorphophobie.

Les résultats d'une étude pilote ouverte de faible effectif (n=9) concernant l'efficacité de la thérapie interpersonnelle sont prometteurs. Une étude randomisée est en cours permettant d'obtenir des résultats plus fiables et exploitables (60).

L'IBT offre un certain avantage par rapport au TCC dans les cas où les pensées obsessionnelles sont élevées mais des études plus importantes sont nécessaires pour comprendre les effets de l'IBT la symptomatologie dysmorphophobique (60).

D. COMPARAISON CBT VS PHARMACOTHERAPIE

Une différence d'efficacité entre les traitements psychologiques et pharmaceutiques dans la dysmorphophobie a été trouvée via une méta-analyse de la littérature. Les thérapies psychologiques se révéleraient plus efficaces que la pharmacothérapie.

Quand les traitements psychologiques ont été divisés entre les thérapies cognitives et les thérapies comportementales, il a été trouvé que la thérapie cognitivo-comportementale aboutissait à un champ d'action plus large que la pharmacothérapie. Il n'y a cependant pas de différences d'efficacité entre la thérapie cognitivo-comportementale et la thérapie comportementale ou entre la thérapie comportementale seule et la pharmacothérapie.

Une période d'étude révélerait peut-être des différences encore plus importantes entre ces traitements, la thérapie cognitivo-comportementale permettant aux patients de maintenir les effets bénéfiques de la thérapie (via une éducation comportementale) et de prévenir plus efficacement les rechutes que les approches pharmaceutiques (129).

Cependant cette analyse est à considérer avec précaution, non seulement parcequ'il s'agit de comparaisons indirectes, mais aussi parcequ'elles combinent des données venant d'étude de cas et des données venant d'essais cliniques randomisés, ce qui contribue à de nombreux biais.

Etonnamment aucune étude n'a été effectuée sur l'efficacité de la combinaison d'une pharmacothérapie avec une psychothérapie pour le traitement de la dysmorphophobie.

E. CHIRURGICAUX

Nous constatons que les sujets dysmorphophobiques recherchent en grande majorité des traitements non psychiatriques en première intention. Parmi ces sujets nombre d'entre eux ont reçu un tel traitement.

Les traitements les plus recherchés concernent la peau, les cheveux et le nez (traitements dentaire étaient recherchés chez 12% des individus) (24). L'âge moyen où sont recherchés ces traitements est de 21,7 ans et chez les adolescents de 14,8 ans.

Chaque malade peut recevoir plusieurs traitements non psychiatriques, avec une moyenne de 3,7 traitements recherchés par individu. Près de 8 traitements sur 10 recherchés par les patients sont réalisés.

Les raisons pour laquelle les traitements ne sont pas été effectués sont les suivantes : le chirurgien refuse de le faire (36,7%), le coût de l'opération (19,3%), raisons diverses (20,2%) et 7,3% parcequ'ils sont dissuadés de le faire par un tiers.

Le fait que le traitement chirurgical soit effectué n'améliore pas les symptômes dysmorphophobiques dans 91% des cas, et il les améliore dans seulement 3,6%.

De plus le traitement n'améliore l'apparence perçue par le patient du défaut traité que dans 17,7% des cas et diminue la préoccupation sur la partie du corps concerné que dans 17,7%. Cette différence s'explique par le fait que même si le patient perçoit le défaut comme étant traité, il continue de s'inquiéter à ce sujet, ou ils s'inquiètent de ce que le défaut traité redevienne laid à nouveau (130).

Dans les cas où la préoccupation sur le défaut traité diminue, ils sont toujours préoccupés par une autre partie de leur corps, qui peut apparaître de novo, ce qui explique que seulement 3,6% des traitements entraîne une baisse des symptômes dysmorphophobiques.

Plusieurs études rapportent que le taux de suicide chez les femmes ayant bénéficié d'une augmentation mammaire est 2 à 3 fois plus élevé que dans la population générale, ainsi qu'un plus fort taux d'hospitalisation psychiatrique. Bien qu'aucun lien de cause à effet ne soit établi nous pouvons supposer que ces suicides et hospitalisation surviennent chez des femmes souffrant de dysmorphophobie, et que n'ayant reçu qu'un traitement chirurgical sans prise en charge psychologique ou médicamenteuse, l'augmentation mammaire n'ayant pas eu les effets bénéfiques espérés par la patiente, la maladie dysmorphophobique a continué son cours menant au suicide (131)(132).

Ainsi « il n'y aurait pas plus difficile à traiter qu'un patient souffrant de dysmorphophobie ». Outre l'insuccès au niveau de la satisfaction du patient, les patients souffrant de dysmorphophobie vont consulter plusieurs praticiens (un patient a ainsi consulté 3 dermatologue, 3 dentistes et 16 chirurgiens plasticiens), presser ces praticiens à prescrire ou effectuer des traitements qui seront inefficaces. Ils peuvent même tenter des actions légales contre les praticiens, soit parce que ces derniers refusent de les opérer, soit parce qu'ils veulent être dédommagés de leur opération qu'ils considèrent comme un échec (qui ne l'est pas cliniquement parlant). De la même façon ils peuvent faire preuve de violence face à ces praticiens. Dans ces études plusieurs patients ont rapportés des fantasmes de violences concernant leur praticien...(132)

Cependant seule une minorité de patients voient leurs symptômes dysmorphophobiques s'aggraver après un traitement non psychiatrique. Par exemple, c'est le cas d'un patient qui après de nombreuses opérations de l'oreille est devenu psychotique, suicidaire et même violent lorsque les bandages étaient retirés après chaque opération (131).

Mais nous avons aussi les cas où certains patients, qui n'ont pu être opérés, vont jusqu'à se mutiler eux mêmes pour y avoir accès et être ensuite pris en charge par un chirurgien (se casser le nez avec un marteau, se couper eux mêmes leurs poitrines, s'ouvrir les cuisses pour effectuer soi même une liposuccion, etc).

Une patiente préoccupé par sa peau et la forme de son visage a ainsi rasé (filed down) ses dents elle même afin de modifier le profil de sa machoire (appearance of her jaw line). Ou un autre patient préoccupé par son menton avait décidé de se fracturé lui même la machoire à l'aide d'un camion afin de replacer comme il le souhaitait sa machoire (133).

Plusieurs cas de patients ayant attaqué en justice leurs praticiens sont reportés. Sur une étude de 265 chirurgiens esthétiques, 29% ont signifiés qu'ils avaient déjà été attaqués en justice par un patient souffrant de dysmorphophobie. De plus 2% de ces chirurgiens ont aussi été attaqués physiquement (133).

Plus grave, on reporte au moins 4 cas de chirurgiens qui ont été assassinés par des patients qui semblaient être atteints de dysmorphophobie. (134)

L'intervention chirurgicale chez le patient dysmorphophobique n'a ainsi pas d'effet sur l'amélioration de la maladie et peut même être contre-productif, accroissant les symptômes. Une abstention d'intervention chirurgicale est ainsi recommandée.

X. CONSEQUENCES

A. VIOLENCE

Plusieurs études de cas cliniques nous rapportent des faits de violences chez des patients dysmorphophobiques. Ces violences peuvent avoir lieu envers leurs entourage ou bien vis à vis des chirurgiens ayant effectués des interventions sur les patients. 12% des chirurgiens plasticiens reportent ainsi avoir subi des violences de la part de patients dysmorphophobiques qui s'estimaient insatisfait de l'intervention (68). Boseley (135) et Muhlbauer (136) rapportent ainsi des cas d'homicides de chirurgiens par des patients dysmorphophobiques insatisfaits.

30% à 38% des dysmorphophobiques ont déclaré que leur maladie entraine des violences, que ce soit au niveau de leurs proches en les insultant ou agressant, ou bien en frappant murs et objets (137)(138).

L'une des hypothèses à cette présence de violence et la comorbidité de la dysmorphophobie avec des maladies prédisposant à la violence. Ainsi l'irritabilité et les crises de violence sont fréquentes dans la maladie dépressive, ainsi que l'abus de substance (alcoolisme). La violence peut aussi être un moyen désespéré de s'échapper d'une situation honteuse et ridicule, des moqueries et humiliations (138) perçus par le patient.

B. CRISE D'ANGOISSE (cued panic attacks)

La crise d'angoisse provoqué par des situations dysmorphophobiques (le fait de se regarder dans un miroir, d'être sous une lumière vive mettant en avant leurs défauts, ou lorsqu'ils pensent que

les personnes les scrutent ou se moque de leur physique) a été retrouvé chez 28,9% des sujets d'une étude de Phillips. En ayant eu des crises d'angoisses lors de ces situations, les patients peuvent devenir encore plus anxieux, effrayé vis à vis de ces situations et vont tenter de les éviter à l'avenir.

Ces crises de panique se manifestent par des palpitations, des suées, une sensation d'étouffement, des tremblements, la sensation de devenir fou, des nausées, des paresthésies, des bouffées de chaleurs, des vertiges voir même la sensation de mourir.

Ces crises de paniques sont associées avec une qualité de vie diminuée, une dépression plus importante.

Il est a noté que 22% des sujets ont déjà eu des attaques de paniques subites, sans effet déclencheur, qui peut être un élément de diagnostique de troubles paniques (panic disorder) (139).

C. SUICIDE

Le risque de suicide est la conséquence la plus importante de la dysmorphophobie. .

Chez les patients dysmorphophobiques le taux de pensées suicidaires est de 10 à 25 fois la normale, et le taux de tentative de suicide de 2 à 12 fois plus important que dans la population générale. Le taux de suicide est quand à lui d'environ 45 fois plus important.

Comparés à d'autres maladies mentales ces taux sont plus élevés dans la dysmorphophobie.

Les dysmorphophobiques ont ainsi de nombreux facteurs de risques de suicides: des taux d'hospitalisation psychiatrique important, être célibataire ou divorcé, une comorbidité avec d'autres maladies mentales importante, peu de relation sociales, une faible estime de soi, des niveaux élevés d'anxiété de dépression et d'hostilité (140).

XI. MODELE COGNITIVO COMPORTEMENTALE DE LA DYSMORPHOPHOBIE

A. LE SOI COMME UN OBJET ESTHETIQUE

Le soi comme un objet esthétique se reporte à une conscience de soi extrême et une attention sur soi même concernant une image déformée. Il est proposé que le cycle commence par une représentation externe du physique du sujet (se regarder dans un miroir) qui active une représentation mentale déformée. Le processus de sélection attentive a pour effet d'augmenter la conscience de cette image et des caractéristiques spécifiques de cette image. Cette image permet de définir comment la personne se voit dans le miroir, ainsi que comment elle apparait aux autres. Dans l'étude d'Osman (141), des dysmorphophobiques et des sujets contrôles sont exposés à des photos d'eux mêmes. Les dysmorphophobiques voient leurs photos comme étant plus déformés et les "défauts" perçus prennent une plus grande proportion dans la photo. Ils ont ainsi construit leur propre image mentale, qui est parfois associé avec d'autres modalités sensorielles (des sensations de colères ou de fatigues). Une particularité de ces images c'est qu'elles sont souvent vues de la perspective d'un observateur extérieur plutôt que de leur propre point de vue. Il est probable que les patients dysmorphophobiques utilisent le point de vue de l'observateur pour établir une distance avec eux mêmes et ainsi éviter les émotions associées avec des expériences évaluatives négatives.

Il est supposé que l'activation de cette image mentale est associée avec une attention de soi même accrue. L'attention de soi même est définie comme étant la conscience d'information interne générée par soi. Il comprend un ensemble de stimuli tels que la conscience des sensations, des pensées, images ou émotions passés qui influencent la personne dans le présent. Le degré d'attention de soi même est en lien avec la sévérité des symptômes et du degré de préoccupation. Dans certains cas sévères de dysmorphophobie, la capacité d'attention et de concentration est diminuée par la présence de cette image déformée et de cette évaluation négative. Cela peut aller dans certains cas à l'incapacité de recevoir des informations extérieures (par autrui) concernant son physique. Dans des cas moins sévères, cette attention concernant des informations extérieurs est légèrement présente, l'image mentale est alors moins stable et est associée à des doutes sur comment elle apparait aux autres. Pour confirmer cette image mentale, la personne va alors chercher à se regarder dans un miroir.

Mais plus la personne se regarde dans un miroir, plus elle va développer sa conscience de soi, plus elle va se sentir mal et plus il va renforcer le sentiment de se sentir laid.

De plus les patients vont être de plus en plus attentifs à l'évolution de leur image de jours en jours, voir d'heures en heures. La perception qu'ils vont avoir d'eux même peut changer en fonction de leur changement d'humeurs, d'une lumière particulière ou d'un "bon" miroir...

Ce modèle suggère aussi que des techniques doivent être développées par le thérapeute et le patient afin d'augmenter l'attention portée sur l'environnement ou sur des tâches particulières plutôt que sur soi même. Le patient et le thérapeute peuvent parler de cette "image" comme étant le problème, plus que le physique de la personne. Cela peut mener à une discussion sur comment cette image est construite, et que ce n'est pas juste une image au niveau de la rétine qui est parfaitement reproduite. Les cliniciens peuvent évoquer le rôle de la perspective de l'observateur. Par exemple, les émotions sont elles plus ou moins intense avec une perspective de l'observateur ?

B. L'EVALUATION NEGATIVE DE L'IMAGE DU CORPS

L'étape suivante est l'évaluation négative et le jugement esthétique de l'image que l'on a de son corps, par l'activation de valeurs et d'hypothèses concernant l'importance de l'apparence (du physique). Dans la dysmorphophobie, l'apparence devient le centre du "domaine personnel". Ce terme est utilisé pour décrire la façon dont le sujet donne une signification aux événements et objets autour de lui. Au centre de ce domaine personnel sont les caractéristiques de la personne et ses attributs physiques, ses buts et ses valeurs. Gravitent autour les objets animés et inanimés qui ont de l'importance pour lui, tels que sa famille, ses amis et ses possessions personnelles. Une valeur idéalisée apparait quand une de ces valeurs se développe de façon trop importante et finit par définir la personnalité de la personne ou devient le centre de ce domaine personnel. Cette valeur idéalisée chez les dysmorphophobique est l'importance de l'apparence de certaines caractéristiques physiques. De telles valeurs renforcent le fait que le "soi" devient un objet esthétique.

Ces valeurs vont conditionner certaines hypothèses et "règles" concernant l'apparence du sujet. On retrouve "si je ne suis pas attirant, la vie ne vaut pas la peine d'être vécue", "si j'ai des défauts alors je vais être seule toute ma vie", "je ne peux faire quelque chose que si je me sens confortable avec mon physique", etc.

Ces croyances fondamentales sont basés sur: a) être un échec, b) être inutile, c) être laid, repoussant ou anormal, d) être incapable d'être aimé ou d'être accepté, e) être rejeté par les autres et être seul pour le reste de la vie.

L'activation de ces évaluations négatives ont un feedback négatif et vont augmenter l'attention de soi porté sur son image.

De telles évaluations (croyances) vont dévaluer tout renforcement positif (tels que des compliments) en dévalorisant le positif (ex: “ils disent cela pour être gentil avec moi”, “ils doivent m'aimer parceque ce sont mes parents”, etc). De même des commentaires neutres peuvent être perçus comme négatif et se référant à soi.

Concernant ces points la thérapie doit:

- identifier et aider les sujets à remettre en question le sens du défaut (defectiveness) (et non le défaut en soi)
- combattre les croyances négatives
- modifié les valeurs par une approche pragmatique
- réduire l'importance du physique dans la définition de soi

C. RUMINATION ET COMPARAISON AVEC UN IDEAL

La dysmorphophobie est défini comme une préoccupation, avec de nombreux sujets disant que cela occupe leur esprit plusieurs heures par jours. Quelques un des mécanismes cognitifs qui déterminent cette préoccupation sont dû à une attention fixée sur l'image mentale déformée et sur son évaluation négative. Les autres mécanismes cognitifs restent cependant méconnus. Par exemple cela peut inclure une méta-cognition; des comparaisons faite avec une image interne idéale ou avec d'autres individus, et l'anticipation de l'inquiétude que pourront provoquer des événements à venir.

Dans la dysmorphophobie, les comparaisons physiques se portent sur des critères physiques précis qui leur apparaissent comme des défauts (taille du nez, symétrie, etc), ceux qui voient leurs défauts comme étant très inattractif désirent juste redevenir dans la norme. La minorité qui voit leurs caractéristiques comme n'étant pas assez bien (mais pas laid), peuvent désirer atteindre un standard irréalisable ou une perfection absolue. La comparaison peut se faire avec une vieille photo d'eux mêmes, ou avec une photo parue dans les médias. Dans le contexte social, les comparaisons se font avec des individus du même âge et du même sexe.

Cette comparaison constante entretient un feedback négatif qui va augmenter l'évaluation négative d'eux même et l'attention portée sur leur image.

Une étude de Veale de 2003 suggère que les dysmorphophobiques ont leur propre idéal physique à atteindre et sont plus préoccupé de ne pas atteindre cet idéal selon leurs propres critères esthétiques, que de ne pas atteindre un idéal (une norme) fixé par d'autres individus (142).

Les dysmorphophobiques sont en grande majorité inquiets concernant l'évaluation sociale à laquelle ils peuvent être soumis en société, ce qui provoque anxiété et stress chez eux, et qui est renforcé par ce processus de comparaison. Cette évaluation est vécue comme un fardeau supplémentaire, et ils seraient moins en état de détresse s'ils étaient seuls sur une île déserte. Cependant il a été observé que quelques patients dysmorphophobiques ne sont pas sujets à cette inquiétude concernant l'évaluation sociale. Ainsi ils resteraient en état de détresse et continueraient à se scruter dans un miroir même si ils étaient seuls sur une île déserte. Quelques sujets n'ont ainsi

que des préoccupations concernant l'évaluation sociale et pensent qu'ils n'auraient plus de symptômes s'ils étaient seuls au monde.

Cela reflète un peu plus l'hétérogénéité et la complexité de la dysmorphophobie, nécessitant des prises en charges spécifiques à chaque patient. Un des buts de la thérapie est donc de permettre au patient de résister à ces comparaisons fréquentes avec les autres.

D. EMOTIONS

Les émotions dans la dysmorphophobie sont complexes et vont dépendre de la situation. Nous retrouvons:

- une honte intérieure (ou un dégoût de soi) quand l'individu se compare aux autres et évalue son physique comme étant moins bien que les autres
- une honte extérieure et une anxiété sociale anticipatoire basé sur le fait de croire que les autres scrutent le patient, l'humilient ou le rejettent
- dépression et désespoir lors de l'échec à atteindre son idéal esthétique, ou dû à une isolation sociale
- colère et frustration lorsque l'on abime soi même son corps (auto chirurgie et self picking), quand les autres ne comprennent pas nos préoccupations, quand on n'a pas assez d'argent pour se payer une chirurgie esthétique, ou une dissatisfaction après une chirurgie esthétiques
- de la culpabilité après avoir abimé son corps

Avec la prédominance du désespoir et de la honte, il n'est donc pas surprenant de retrouver un haut taux de comorbidité avec la dépression et le risque de suicide.

Ainsi tout traitement qui va améliorer l'humeur du patient ou augmenter la tolérance à des états négatifs du patient devrait théoriquement diminuer les préoccupations et l'évaluation négative. D'où les résultats positifs des antidépresseurs par une recapture selective des inhibiteurs sérotonergiques.

E. SAFETY BEHAVIOURS

Ces comportements entraînent une boucle de feedback négatifs. Ces comportements de sauvegardes vont diminués temporairement la détresse mais sont contre productif et augmentent la conscience de soi, (self consciousness), les préoccupations et les évaluations négatives. De plus ils impliquent un effort mental considérable, ce qui veut dire moins de capacité pour des informations extérieurs, mènent à d'autres surveillance (mirror checking pour vérifier que le camouflage "marche" bien), peuvent rendre objectivement l'apparence pire (skin picking), augmenter l'attention des autres sur son apparence (une personne tenant sa main devant son visage, raser ses cheveux et tatouages pour diminuer l'attention porté sur le nez).

Il nécessite beaucoup de créativité de la part du praticien pour aider les patients à arrêter d'utiliser ces comportements de sauvegarde. De même les patients vont devoir être confrontés aux situations qu'ils évitent sans avoir recours à ces comportements de sauvegardes (53).

2eme PARTIE
LA DYSMORPHOPHOBIE DANS LA PRATIQUE
DENTAIRE

La littérature scientifique fait peu cas de la dysmorphophobie dans l'art dentaire. Bien connu dorénavant des chirurgiens esthétiques, les dentistes, orthodontistes et chirurgien maxillo-facial restent peu informés à ce sujet. Il est pourtant primordial que ces derniers soient informés sur la dysmorphophobie pour pouvoir y faire face lorsque le cas d'un patient se présentera face à eux.

I. PREVALENCE

Bien que la prévalence de la dysmorphophobie soit aux alentours de 2% dans la population générale, ce taux monte entre 6 et 15% dans les populations dermatologiques et de chirurgie esthétique. Avec la tendance à la hausse de la population à chercher des traitements esthétiques, de plus en plus de patients souffrant de dysmorphophobie peuvent être emmenés à consulter dentistes et orthodontistes pour un traitement esthétique.

Veale a ainsi noté que 86% des patients dysmorphophobiques avaient une préoccupation concernant leur visage, ceci incluant la dentition (32). De plus si 15% des patients cherchant un traitement cosmétique présentent une dysmorphophobie, on peut supposer que cette prévalence peut être égale chez les patients cherchant un traitement esthétique dentaire.

Une autre donnée mettant en avant les patients dysmorphophobiques dans la patientèle dentaire est que sur 200 patients dysmorphophobiques, 24 patients (12%) ont recherchés un traitement dentaire et que 19 (9,5%) d'entre eux l'ont reçu. De plus ils ont généralement reçu ces traitements de la part de 2 praticiens différents avec une moyenne de 12,5 visites. Parmi les traitements prodigués nous retrouvons les blanchiments dentaires, les traitements orthodontiques, la chirurgie orale, des retouches occlusales (teeth filing), implants, couronnes, bridges, extractions, restaurations OC (bonding) (132).

La dysmorphophobie dans la population dentaire a été très peu étudiée contrairement aux populations consultant pour des traitements orthodontiques ou maxillo-faciales. Parmi les patients consultant pour un traitement orthodontique 7,5% d'entre eux souffrent de dysmorphophobie. Les patients dysmorphophobiques ont alors comme sujet de préoccupation leur profil facial, leur dent, leur menton, leur sourire. Ainsi durant l'entretien ils avaient tendance à couvrir leur bouche lorsqu'ils parlaient et à très peu sourire (143).

Une deuxième étude menée par Vulink, et portant sur 160 patients se présentant à une première consultation d'une clinique de chirurgie maxillofaciale a été menée. 10% de ces patients (n=16) ont été diagnostiqués comme étant dysmorphophobiques (selon les critères du DSM-IV). Parmi ceux-ci le défaut relevé majoritaire est une classe II.1 ou II.2 (144).

Parmi les quelques études tentant d'évaluer la prévalence de patient dysmorphophobique dans une population de patient dentaire nous en retrouvons une seule avec un grand effectif.

1522 personnes ont été approchées au hasard dans la rue et lieux publics pour cette étude. 60%(906) ont accepté d'y participer. Il leur a été alors posé une série de questions: sur si ils ont eu un traitement esthétique dans le passé, si ils envisageaient d'en avoir un dans l'année à venir, ainsi que si ils étaient satisfait de leur traitement esthétique le plus récent. Un rapide questionnaire de

dépistage de la dysmorphophobie leur a aussi été soumis.

Il est ressorti que le fait d'être préoccupé par un défaut de son apparence était un facteur significatif de prédiction à subir un traitement dentaire esthétique. Ainsi ils seraient 9 fois plus à considérer un blanchiment dans l'année à venir, et 6 fois plus à envisager un traitement orthodontique. De plus les individus sujets à cette préoccupation concernant leur apparence augmenteraient la probabilité d'être insatisfait du résultat du traitement (28.6% versus 7.8). Mais cette étude ne permet pas d'établir une relation entre un diagnostic de dysmorphophobie et les motivations pour un traitement dentaire esthétique. Cependant la forme du questionnaire ainsi que le fait que les patients soient sélectionnés dans des endroits publics (lieux généralement évité par les dysmorphophobiques) et que le questionnaire puissent provoqué une honte chez les dysmorphophobiques(et entraîné un faussement du questionnaire) ont pu provoqué une sous estimation de la prévalence de la dysmorphophobie (145).

Dans une étude de 2004 il a été trouvé que la prévalence de patients dysmorphophobique parmi les cliniques dentaires est de 4,2%. Cela est significativement plus important que les taux généralement trouvés dans la population générale qui est de 1,5% à 3%.

Cependant ce taux est aussi plus bas que celui retrouvé parmi les populations de chirurgie esthétique ou dermatologique (146,147).

Comparé aux études évaluant la prévalence de la dysmorphophobie dans les populations recevant des traitements esthétiques non chirurgicaux (Botox et pelling chimique), la prévalence de dysmorphophobie est plus importante (28).

Une des raisons de cette prévalence plus faible que dans la chirurgie esthétique est que l'amélioration esthétique dentaire demandée peut être liée à des imperfections légères ou normales issues d'une détérioration carieuse ou autres (bruxismes, colorations,etc) plutôt qu'une préoccupation sur le physique pathologique de ceux demandant une liposuccion, une augmentation mammaire ou une chirurgie des paupières.

Grâce à ces données nous pouvons supposer que le pourcentage de patients dysmorphophobiques parmi les patients consultant pour un traitement esthétique dentaire est au moins égale et sans doute supérieur que celui rencontré dans la population générale. Des études de plus grands effectifs doivent être menées afin de pouvoir déterminé plus exactement le taux de patients dysmorphophobiques dans la population dentaire.

II. MOTIFS DE CONSULTATION

Veale a trouvé que 86% des dysmorphophobiques mentionnent le visage comme étant leur préoccupation principale. C'est pour cette raison que les dentistes, orthodontistes, chirurgiens maxillofacial et chirurgiens esthétiques sont les premiers praticiens à avoir affaire au patient. Beaucoup de ces patients vont voir l'intervention esthétique comme la solution qui va résoudre tous leurs problèmes.

Le blanchiment dentaire représente avec le remplacement de dents manquantes les 2 motifs de consultations principaux des patients. Ainsi selon l'étude de De Jongh, les patients dysmorphophobiques seraient 9 fois plus nombreux à songer à réaliser un blanchiment dentaire, et 6 fois plus nombreux à penser à la réalisation d'un traitement orthodontique (148). Il est a noté

que la teinte des dents est un critère purement esthétique. La position des dents est mise en avant par 25% des patients souhaitant une modification de leur denture (149).

Nous retrouvons comme autres motifs de consultation et défauts perçus principaux: rotations dentaires, présence d'un espace interdentaire, non alignement des milieux incisifs, des défauts de teinte des dents.

III. LES SIGNES D'APPELS

Lors de la première rencontre avec le patient plusieurs signes peuvent éveiller l'attention du chirurgien-dentiste et l'emmener à considérer que le patient puisse souffrir de dysmorphophobie et ainsi conditionner son entretien avec le patient.

Nous regroupons ces signes d'appels dans quatre domaines : les signes recueillies lors de l'interrogatoire du patient, les signes retrouvés dans les antécédents médicaux, les signes se rapportant au contexte social et familial et enfin ceux que l'on retrouve dans certains comportements types.

Interrogatoire du patient/première consultation

- préoccupations excessives concernant un défaut physique mineur ou inexistant
- préoccupations parfois bien spécifiques (photos, schémas qui expliquent le traitement souhaité)
- description vague des préoccupations (réticence, patient secret)
- consultation ou fuite des miroirs
- mécontentement ou plainte concernant praticiens ou soins dentaires antérieurs
- « shopping médical »
- désirs illogiques et attentes irréalistes (le traitement dentaire changera leur vie, leur projet professionnels et leurs relations avec les autres)

Antécédents médicaux

- antécédents de traitements psychiatriques (dépression)
- troubles anxieux (TOC, phobie sociale)
- abus de substances
- troubles du comportement alimentaire

Contexte social et familial

- chômage
- célibat/divorcé/personne qui vit seule
- détérioration des relations avec entourage

Comportements type

- annulation ou modification fréquente des rendez-vous
- camouflage du défaut, comportements suspects (se cacher la bouche avec la main ou un foulard)

- **Le shopping médical**

Comme évoqué précédemment beaucoup de patients dysmorphophobiques vont faire du “shopping de docteur”, c'est à dire aller d'un praticien à un autre jusqu'à ce qu'ils trouvent un praticien qui va accepter de les traiter, de les prendre en charge. C'est pour cette raison qu'il est important de demander au patient si il a vu d'autres praticiens avant nous, ou si il avait demandé plusieurs avis. Rentrer en communication (courrier, téléphone) avec les praticiens consultés précédemment peut être utile pour se prévenir de problèmes futurs.

Le praticien doit être réactif à ces signes d'appels et modifier son entretien clinique en fonction de ceux ci.

IV. EVALUATION INITIALE

Souvent les praticiens vont être confrontés à un patient en détresse et fragile. Il est important lors de la consultation de choisir les mots adéquats car des remarques inappropriées peuvent rendre la situation pire encore.

Le praticien peut être alerté du problème par un courrier du praticien précédent, spécialement si le praticien suggère un niveau de préoccupation pour le défaut élevé ou indique qu'il a déjà adressé le patient à d'autres praticiens. De plus les patients qui changent de praticien de leur propre chef ont une plus grande tendance à souffrir de dysmorphophobie que les patients qui sont adressés (changent de praticien) par les voies “classiques”.

Lors du premier rendez vous les patients peuvent ne pas être enclin à parler de leur problème (sentiment de honte) ou peuvent avoir au contraire le comportement inverse. Ils peuvent être intrusif et se présenter avec des photos d'eux même ou prisent dans des magazines afin de “prouver” qu'il y a bien un problème avec leur physique. Ces visites peuvent être suivis par des courriers ou appels téléphoniques pour donner encore plus de détails sur le problème et expliquer à quel point c'est important et urgent pour eux d'y remédier. Ces informations doivent être répertoriés dans le dossier du patient (150).

Si un praticien suspecte un patient d'être dysmorphophobique, il doit mener une évaluation systématique et détaillée. Cunnningham et Feinman ont réalisé un référentiel sur comment cette évaluation doit être menée.

La première chose à prendre en considération est de s'assurer que le cadre est propice à un entretien au calme et à la discussion afin d'évoquer les problèmes sous jacents. Cela inclue un temps suffisant pour la discussion ainsi qu'un nombre de personnes présentes restreint et le fait d'avoir un entretien continu sans interruption (par le téléphone ou secrétaire). Le patient doit aussi être ré-assuré sur le secret médical et que les informations fournit ne sortiront pas de l'équipe de santé.

Après avoir établi un environnement sécurisant pour le patient et un rapport de confiance permettant une discussion ouverte, un certain nombre de points doivent être abordés.

Le patient pense-il avoir des défauts concernant ses dents, sa mâchoire, son sourire, mais que ces défauts ne sont pas perceptibles par le chirurgien-dentiste ?

Mais le point central est d'évaluer si la réponse du patient est disproportionnée ou non.

Est il raisonnable d'avoir une croyance si forte au sujet de ce défaut, qu'il soit imaginaire ou réel?

Quelles sont les conséquences d'avoir un comportement disproportionné par rapport à ce défaut?

Par exemple être incapable de garder un emploi à cause d'un encombrement dentaire? (150)

De plus il est utile de savoir qu'est ce qui a poussé le patient à venir consulté aujourd'hui. Est ce

qu'il est venu pour lui même ou pour par exemple faire plaisir à un proche ? Qu'est ce qui a

précipité sa décision ? Une ou plusieurs remarques sur son physique ? Un événement dans sa vie

personnel (divorce, perte d'un emploi,etc) ?

V. LA POSE DU DIAGNOSTIQUE

Suite à ces signes le praticien peut compléter son investigation à l'aide de questionnaires. Cependant cet entretien ne doit pas être trop brutal et doit s'effectuer avec tact et empathie. Le patient ne doit pas se sentir agressé par des questions trop directes, ou avoir l'impression d'être chez un psychologue.

Polo a développé une série de questions initialement prévues pour les orthodontistes qui permet d'identifier les patients dysmorphophobiques:

Ce questionnaire a été modifié pour correspondre à une patientèle d'un chirurgien dentiste :

- Comment le patient noterait il la sévérité ou l'importance de son défaut dentaire?
- Comment le patient évaluerait il la détresse ou l'inquiétude que lui procure son défaut ou son apparence innattractive?
- Est ce que ce défaut (mineur ou perçu) provoque une détresse significative au niveau social ou familial/travail?
- Pourquoi le traitement dentaire est il recherché?
- Y'a il eu des évaluations précédentes concernant ce défaut?
- Pourquoi une autre évaluation dentaire est elle recherché?
- Est ce que les attentes concernant le traitement dentaire sont raisonnables?
- Y'a il eu d'autre demande de traitement esthétique?
- Est ce que ces traitements ont été réalisés? Fréquemment? Combien? Quand?
- Y'a il une insatisfaction sur les traitements réalisés?

Est ce que le patient a un passé de troubles psychiatriques ou psychologiques ou a été adressé pour une évaluation psychologique/psychiatrique? (151)

Ces questions peuvent être précédées de celles ci:

- Etes vous heureux avec votre physiques?

- Y'a t'il quelque chose que vous voudriez changer concernant votre physique?

- Y'a il des situations ou choses que vous évitez à cause de votre physique?
Avez vous cherchez de l'aide auparavant?
- Qu'attendez vous de votre traitement?(152)

Ce questionnaire doit être privilégié pour compléter un diagnostic de dysmorphophobie. Il ne doit pas être utilisé tel quel de façon « brutal » mais doit servir à guider l'entretien, dans une approche empathique du patient.

Pour un questionnaire de dépistage rapidement complétable par le patient nous privilégierons un questionnaire plus court. Ce dernier pourra ainsi être réalisé par le patient avant une première consultation en salle d'attente, à la manière des questionnaires sur les antécédents médicaux, ou pourra être mené directement par le praticien.

1. Etes vous très préoccupé par l'apparence d'une partie de votre corps, que vous considérer comme étant particulièrement inesthétique ?

Si NON, merci pour votre temps et votre attention. Vous en avez fini avec ce questionnaire.

2. Si OUI, ces préoccupations vous inquiètent elles ? Y pensez vous souvent et cela est il dur de ne plus y penser ?

3. Quelles sont ces préoccupations ? Qu'est ce qui vous dérange particulièrement dans votre physique ?

4. Quels sont les répercussions sur votre vie de tous les jours de ces préoccupations concernant votre physique ?

5. Est ce que votre défaut vous a il causé de la détresse, des tourments ou de la peine (douleur) ? A quel point ? (entourer la bonne réponse)

1. (pas de détresse)
2. (moyen, ou pas trop dérangeant)
3. (modéré et dérangeant mais gérable)
4. (sévèrement et très dérangeant)
5. (extrêmement et handicapant)

6. Votre défaut vous a il déjà handicapé socialement, lors de vos activités ou lors d'autres occupations importantes ? A quel point ? (entourer la bonne réponse)

1. (Pas de limitation)
2. (interférence moyenne mais les occupations ne sont pas dérangés) (but overall performance not impaired)
3. (Modéré, definite interference, mis reste gérable)
4. (Sévère, provoque des handicaps conséquents)
5. (extrême, handicapant)

7. Votre défaut interfère il souvent dans votre vie sociale ?

7a. Si oui, comment ?

8. Votre défaut a il déjà interféré dans votre travail à l'école, dans votre emploi, ou votre capacité à remplir votre rôle ?

9. Y a t-il des choses que vous évitez à cause de votre défaut ?

(144)

Ce questionnaire est très similaire au Body Dysmorphic Disorder Module, l'un et l'autre étant relativement simple et rapidement complétable par le patient et le praticien.

Le Body Dysmorphic Disorder Module est disponible dans les annexes.

Vu la grande proportion de tentative de suicide parmi les dysmorphophobiques il est crucial qu'il soit déterminé si le patient a des pensées suicidaires ou non.

Pour cela les chirurgiens-dentistes peuvent s'appuyer sur le questionnaire suivant :

1. Vous dites vous que la vie ne vaut pas la peine d'être vécu ?

0= pas du tout 1= quelques fois 2= la plupart du temps 3= tout le temps

2. Avez vous déjà eu le sentiment de vouloir vous tuez ?

0= pas du tout 1= quelques fois 2= la plupart du temps 3= tout le temps

3. Pensez vous à comment vous pourriez atteindre à vos jours ?

0= pas du tout 1= quelques fois 2= la plupart du temps 3= tout le temps

Un score de 2 ou 3 pour n'importe lequel de ces items doit être considéré comme étant une alerte et doit être suivi d'une saisine immédiate au médecin généraliste, en indiquant nos préoccupations à ce sujet. Un score de 2 ou 3 à l'item 3 est considéré comme étant une urgence, le patient devant être immédiatement référé à un référent psychiatrique (praticien ou service hospitalier) (153)(154).

VI. CONDUITE A TENIR A LA SUITE DU DIAGNOSTIQUE

Si le diagnostique de dysmorphophobie est évoqué suite l'évaluation initiale deux choix s'offrent au praticien :

- Adresser le patient à un psychiatre ou à un service psychiatrique, avec un courrier contenant les informations obtenues lors de l'entretien, pour une évaluation approfondie et une prise en charge de la pathologie mentale.
- Effectuer les soins demandés par le patient.

Comme vu précédemment, l'intervention chirurgicale ou dentaire sur le patient ne résoudra pas ses problèmes dysmorphophobiques et pourra même les aggraver. Lors d'interventions dentaires pratiquées chez des dysmorphophobiques, les patients dysmorphophobiques n'ont pas considérés une amélioration esthétique de la partie du corps concernée dans 46,2% des cas et 46,2% d'entre eux n'ont pas vu leur préoccupation à ce sujet diminuée. Mais surtout les symptômes dysmorphophobiques n'ont pas diminués dans 88,5% des cas et ont même empirés dans 7,7% des cas (134). L'intervention n'est donc pas recommandée. La dysmorphophobie devrait ainsi être considérée comme une contre-indication à toute intervention médicale de la part du chirurgien dentiste.

Il peut s'exercer une pression sur le praticien de la part du patient, avec des plaintes et des relances répétées et intrusives. Cependant le praticien ne doit pas céder à la facilité et décider de pratiquer sur le patient l'intervention souhaitée, en se disant qu'il sera débarrassé du patient et que ce dernier le laissera en paix. Il peut au contraire se retrouver encore plus dissatisfait de la partie sur laquelle le praticien est intervenu et venir le relancer pour exiger une réintervention, de plus se croyant dans son bon droit il peut la demander de façon gracieuse.

Le patient peut aussi reconsulter le praticien en se disant satisfait de l'intervention mais souhaitant alors une autre intervention sur une autre partie du corps. Un patient se plaignant initialement de la forme de ses incisives centrales et de leurs couleurs. Le praticien réalise deux couronnes unitaires de manière conventionnelle. Le patient peut : soit se plaindre de ses 2 couronnes en disant que ça n'a pas résolu le problème, voir que cela est pire qu'avant; soit il peut revenir en disant que finalement les incisives latérales maxillaires ou les incisives mandibulaires sont inesthétiques elles aussi, etc.

Il peut être tentant pour les praticiens d'intervenir sur des patients dysmorphophobiques. Dans un contexte de pression financière importante et face à un patient dysmorphophobique demandeur de traitement dentaire esthétique, le chirurgien dentiste peut voir ici l'occasion de réaliser des actes prothétiques onéreux chez un patient qui donnera facilement son consentement. Ce comportement est condamnable sur 3 points. Comme dit précédemment, l'intervention médicale chez un patient dysmorphophobique est contre-indiquée. D'un point de vue éthique, une intervention médicale sur un patient qui n'en a pas besoin à seul but lucratif est contraire au serment d'Hippocrate : « Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ». D'un point de vue légal, comme cela sera développé plus loin, il peut aussi être condamnable.

Le praticien devra alors adresser le patient à un spécialiste. Cependant nous allons d'abord aborder les problèmes légaux que peut rencontrer le chirurgien dentiste face à un patient dysmorphophobique, qu'il ait décidé ou non de pratiquer une intervention médicale sur lui. Puis nous verrons que la démarche d'adresser un patient à un spécialiste et de convaincre le patient de la nécessité d'y avoir recours n'est pas aussi simple qu'il n'y paraît.

VII. ASPECT LEGAL

Plusieurs problèmes d'ordre légaux peuvent se présenter au praticien face à un patient dysmorphophobique. A t il le droit d'atteindre à l'intégrité physique du patient sur demande de ce dernier ? Quelles conséquences d'un point de vue de sa responsabilité cela peut il avoir ? Qu'en est il si la dysmorphophobie n'a pas été diagnostiquée ou si la maladie survient après l'intervention médicale ?

A. DEMANDE D'ATTEINTE DE L'INTEGRITE PHYSIQUE

Bien que la plupart des dysmorphophobiques vont avoir comme requête une intervention esthétique, quelques patients vont formuler le désir d'être amputé d'un membre (ou de subir une extraction de dents). Parfois même ils iront jusqu'à s'auto-mutilé afin de pouvoir avoir une amputation du membre désiré. Dans ces cas encore plus complexes, un problème éthique important se soulève. Peut on délabrer ou amputer volontairement un organe dentaire sain à la seule demande du patient ?

Tous les traitements médicaux doivent être guidés par 4 grands principes éthiques. Le respect de l'autonomie du patient, de la non malfaisance, de la bienfaisance et de la justice. Dans le cas de la dysmorphophobie ce sont les trois premiers qui vont entrer en jeu.

Le respect de l'autonomie du patient est sujet à controverse dans ce cas car la dysmorphophobie est d'origines multifactorielles et aucune étiologie précise ne peut en ressortir. En conséquence il est difficile d'évaluer si le patient a une réelle autonomie. Les avocats de l'amputation chez de tels patients (ou une intervention chirurgicale) soutiennent qu'il est éthiquement possible de subvenir à cette requête étant donné que le patient n'est pas psychotique et qu'il est bien informé des conséquences d'une telle procédure et de ce qu'il peut en découdre.

Selon la British Medical Association, "un patient qui souffre d'un trouble ou d'un handicap mental ne perd pas nécessairement sa capacité à consentir au traitement. Le fait qu'un individu prenne une décision qui apparait aux autres comme étant irrationnelle ou injustifiée ne doit pas être pris comme une preuve que l'individu perd sa capacité à prendre une telle décision. Cependant, si la décision est basée sur une mésinterprétation de la réalité, cela peut indiquer une perte de cette capacité et doit nécessiter de plus amples investigations."

De plus, selon les principes de bienfaisance et de non malfaisance, une opération ne peut être justifié que si le bénéfice l'emporte sur le mal qui est fait... Une amputation provoque des dégâts irréversibles, même si cela entraînerait une restauration de l'image du corps du patient. Il n'y a pas de preuve de l'efficacité de l'amputation comme thérapie pour la dysmorphophobie, et certains patients amputés développent ensuite d'autres désirs d'amputation... De plus comme développé précédemment, d'autres thérapies sont présentes pour la prise en charge de la dysmorphophobie. Cependant l'argument du principe de bénéfice peut être avancé et justifié l'amputation dans le cas où une amputation chirurgicale éviterait les amputations faites par le patient lui même pouvant avoir des conséquences graves voir mortelles. Il en est de même pour les tentatives de suicides. Mais le fait de réaliser ce traitement ne doit être fait que si toutes les autres thérapies se sont révélées inefficaces auparavant.

Concernant le principe de justice, l'un des arguments contre est que l'amputation sélective est une procédure non vitale, et peut être réalisée pour des intérêts esthétiques, érotiques ou financiers et ne justifie pas une dépense de l'argent publique (réalisation de prothèses, aides publiques aux personnes handicapées, etc).

B. POINT DE VUE LEGAL

En 1993, The Law Commission recommande que “ l'intention de causer des blessures gravement invalidante (incluant les blessures conduisant à la perte d'un membre valide) à une autre personne doit être considéré comme criminel, même si la personne blessé consent à de telles blessures ou aux risques que cela induit”. Cependant ces recommandations n'ont pas encore été appliquées en tribunal pour des cas d'amputations.

Le General Medical Council quand à lui donne la recommandation suivante :” les patients peuvent vous demander des conseils, de vous adresser à un confrère ou même de réaliser des actes non interdits par la loi ou le code de déontologie du pays dans lequel vous travailler, mais qui provoquent un problème de conscience. Dans de tels cas vous devez dire au patient son droit d'aller voir un autre praticien et d'explorer les autres solutions de traitement” (155,156).

Dans la loi anglaise et sous la Mental Capacity Act (MCA) de 2005, une approche fonctionnelle de la notion de capacité à été établi: l'individu doit être capable, lorsque la décision est prise, de comprendre la nature de sa décision et ses effets. De plus une personne peut avoir une autonomie sur un sujet, mais ne pas l'avoir pour un autre (l'autonomie de se marier mais pas celui de faire son testament par exemple). La MCA rajoute que l'autonomie de la personne n'est pas invalidée si la décision que le patient a prise peut être perçue comme un “mauvais” choix par son entourage. Ainsi il est précisé qu'une personne n'est pas capable de prendre une décision pour elle même si elle est incapable de :

- comprendre les informations qui lui sont fournis concernant sa décision
- de retenir ces informations
- d'utiliser ces informations dans le processus du choix de sa décision
- de communiquer sa décision (157)

Ainsi de ce point de vue les dysmorphophobiques bénéficieraient toujours de leur autonomie et seraient donc en capacité de prendre des décisions en ce qui concerne leur corps et leur santé.

C. POSSIBLE POURSUITE JUDICIAIRE

D'un point de vue légal, un praticien peut il être poursuivi pour avoir opéré un patient dysmorphophobique?

Le consentement du patient doit d'abord être obtenu mais il n'est pas suffisant. Le patient demandant lui même l'intervention, son consentement est donc généralement toujours obtenu.

Ainsi le consentement ne permet pas une complète justification de l'intervention et n'exempte pas le praticien de sa responsabilité légal (157–159).

Une autre condition doit être rempli pour exempté le praticien de toute poursuite légale. Celle d'un “traitement médical approprié”. Il peut être défini comme une intervention permettant l'amélioration de l'état du patient physique ou mental, ou de l'intérêt public. Cependant comme vu précédemment le fait de prodiguer des soins esthétiques à la demande du patient, n'améliore pas les symptômes dysmorphophobiques voir les aggrave. L'intervention médicale sur un patient dysmorphophobique n'est donc pas un « traitement médical approprié » et de fait pourrait être théoriquement condamnable.

Cependant les tribunaux ont statué qu'un traitement raisonnable consenti par un adulte est légitime mais n'ont pas pour autant défini les limites de ces interventions (157). Le cadre juridique relatif à la dysmorphophobie reste donc à ce jour assez flou.

D. APPARITION DE LA DYSMORPHOPHOBIE SUITE A UN ACTE MEDICAL

Il a été reporté quelques cas de dysmorphophobie provoqués par une intervention esthétique. Il est ainsi d'un patient qui souhaité une intervention au niveau du nez, car préoccupé par ce dernier depuis son jeune âge. Bien qu'ayant consulté un psychiatre, aucune dysmorphophobie n'a été diagnostiquée mais seulement une personnalité introvertie, quelques caractéristiques schizoïdes et une faible estime de soi. Après l'intervention chirurgicale (qui a été réussie) les symptômes dysmorphophobiques sont alors apparus: déception sur le résultat de l'opération, isolement sociale, préoccupation sur son nez à longueur de journée, détresse, etc. Il a alors décidé de poursuivre en justice son chirurgien. Il a alors été en psychothérapie pendant 4 mois où la dysmorphophobie a été diagnostiquée.

La personnalité du patient, sa préoccupation concernant son nez et ses attentes surévaluées auraient du être des signes d'appel pour le chirurgien. Cependant ces critères ne remplissaient pas ceux de la dysmorphophobie.

Veale a reporté que sur une étude de 20 cas de dysmorphophobie, 3 ont déclaré que leurs symptômes se sont développés seulement après l'intervention chirurgicale (32). De même Dusfrene a décrit la même chose mais cette fois ci pour un patient sur 46 (30). Bien que des biais de diagnostic puissent être en cause, la possibilité d'une cause iatrogénique de la dysmorphophobie n'est pas impossible.

Dans ce cas la, si le praticien a provoqué l'apparition de la dysmorphophobie, en est il légalement responsable?

Il n'y a pas d'obligation légale à réaliser une évaluation psychiatrique avant une intervention esthétique.

Une expérience traumatique chez les patients vulnérables psychologiquement peut entraîner des réactions psychologiques. Ces problèmes émotionnelles pré-traumatique sont généralement indétectés, sans diagnostic psychiatrique manifeste. Ils sont décrits comme des personnalités "eggshell" (dans la coquille) ou dormantes (160).

Dans ce contexte l'intervention chirurgicale peut être considérée comme un traumatisme subjectif, superposé à une vulnérabilité psychologique, Ce n'est donc pas l'intervention chirurgicale en soi qui a provoqué la dysmorphophobie. L'intervention a cassé l'illusion d'une certaine perfection mentale que le patient s'était formé et a ainsi provoqué l'apparition de la dysmorphophobie.

De plus les personnalités "eggshell" peuvent se retrouver dans d'autres troubles psychiatriques ou bien chez des patients sans troubles du tout. Tenter de prédire l'apparition de la dysmorphophobie après une opération juste avec ce facteur prédisposant semble difficile. Comme il a été vu, la dysmorphophobie est multifactorielle et une relation de cause à effet simple ne peut être mis en place.

Dans le cas présent, il est possible que le patient fasse une rétention d'informations concernant la préoccupation à propos de son nez, afin d'argumenter que l'intervention est la cause de sa maladie.

Ainsi l'enregistrement d'entretiens avec le praticien où le patient ne montre pas sa préoccupation concernant son nez pourrait rendre les poursuites nulles.

Cela pose la question de savoir à quels point sont responsables les praticiens si ils ont opérés des patients dysmorphophobiques sans avoir découvert qu'ils étaient dysmorphophobiques (ou avaient des prédispositions à développer une dysmorphophobie post interventionnelle). A ce sujet aucune ligne de conduite légale n'est encore déterminée.

Mais sont ils responsables s'ils opèrent le patient tout en sachant qu'il souffre de dysmorphophobie?

Il a ainsi été dit qu'une intervention n'est pas indiquée chez les patients dysmorphophobiques. Les seules indications pour une intervention sont un défaut réel mineure provoquant une préoccupation excessive, des attentes réalistes, une opération techniquement réalisable et des risques chirurgicaux acceptables (136) avec plusieurs entretiens préopératoires. De préférence si des traitements psychologiques ou médicamenteux ont été essayés auparavant, ou refusés par le patient.

Cependant si des complications surviennent, les praticiens ne doivent pas compter uniquement sur le consentement pré opératoire du patient. Ils seront responsables des conséquences et complications liées à l'intervention.

Ainsi un praticien intervenant sur un patient tout en sachant qu'il souffre de dysmorphophobie est responsable des conséquences de ses actes et peut être poursuivi par le patient...

Il est donc recommandé pour les praticiens, afin d'éviter toute complication post interventionnelle et de poursuite légale , de procéder à une évaluation de la dysmorphophobie à l'aide d'un rapide questionnaire, bien que ce dernier ne prévient pas des “personnalités eggshell” mais minimisent les risques d'intervenir sur un patient dysmorphophobique (160).

E. EXEMPLE D'UN CAS CLINIQUE

Il nous est rapporté une autre description d'un cas de dysmorphophobie qui est apparu après une intervention dentaire.

Mme K, 32 ans, divorcée et 3 enfants, en reprise d'études, souffrant d'une détresse psychologique manifeste. Lors d'une visite de contrôle chez son chirurgien dentiste, l'indication d'extraction de ses dents de sagesse est posée. Peu d'informations sur la procédure et sur la raison des extractions (à part que les dents sont cariées) lui sont fournis. Le rendez vous est pris avec un stomatologue pour l'extraction. Ce dernier ne lui donne pas plus d'informations sur l'intervention, pensant que le dentiste traitant l'a déjà fait. Les 4 dents de sagesse sont avulsées dans la même séance.

Mme K, une fois arrivés chez elle s'est senti “violée” et devient convaincu que les extractions n'étaient pas nécessaires. Le lendemain, elle commence a penser que son physique a changé, que ses maxillaires ne sont plus alignés correctement, que la mandibule a reculé et le maxillaire avancé. Elle commence à souffrir de migraines et a des difficultés à dormir. Elle pense à ce défaut plusieurs heures durant, a stoppé les études et commence une légère dépression.

2 semaines après les extractions, Mme K retourne voir le stomatologue et lui demande des implants au niveau des dents extraites afin de corriger sa difformité. Le stomatologue refuse, argumentant qu'il n'y a pas de défaut et que des implants n'y changeraient rien. Mme K voyant que rien ne pourra changer son apparence physique devient profondément dépressive et tente alors de se suicider. Elle est alors adressé à une clinique psychiatrique, qui l'a renvoie a un dentiste

pour qu'elle puisse de nouveau expliquer son problème, ce dernier refuse de nouveau les implants en lui expliquant qu'il n'y en a pas besoin et qu'aucun défaut ou lésion n'est présent. Mme K reste convaincu que les implants sont la solution à son problème et décide de consulter un autre dentiste. Pas d'autres informations sur la suite du cas ne sont connus.

Nous voyons que dans le cas de Mme K, plusieurs facteurs de vulnérabilité psychologique sont présents, en termes de circonstances stressantes au travail et à la maison. Sur ce terrain favorable, l'intervention dentaire a été le facteur déclencheur (en terme de traumatisme) qui a "cassé/fracturé" la perception de son apparence, et a conduit à une dysmorphophobie.

Un patient psychologiquement vulnérable ne doit pas être traité de manière rapide et faire l'objet d'une attention particulière. Dans ce cas, peu d'informations ont été donné à la patiente sur l'intervention, facilitant ainsi probablement l'apparition de la dysmorphophobie. Des signes avant coureur de la dysmorphophobie auraient pu ainsi être relevés avant l'intervention.

Ce cas souligne l'importance d'éduquer les praticiens sur les processus psychologiques mais aussi de faire prendre conscience aux dentistes du rôle des facteurs psychosociaux dans l'apparition et le maintien des problèmes dentaires et symptômes dysmorphophobiques qui y sont liés, et d'y être plus attentifs pour une meilleure prise en charge.

Ainsi lorsque les symptômes dysmorphophobiques apparaissent ou sont reconnus, le patient doit être adressé à un psychothérapeute.

VIII. DES DIFFICULTES D'ADRESSER UN PATIENT

Il n'est pas toujours aisé pour le praticien d'adresser le patient à un psychiatre ou à un service psychologique. Une évaluation a ainsi été faite en Grande Bretagne sur la relation entre les orthodontistes et les psychiatres. Il en ressort que la moitié des orthodontistes questionnés ont répondu qu'ils n'ont jamais adressé un patient pour une consultation psychiatrique ou psychologique. Les raisons évoqués sont qu'ils n'avaient personne à qui adresser (30,5%) ou qu'ils avaient peur que le patient réagisse mal si ils l'adressaient à un psychiatre (15,8%), et une liste d'attente trop longue (9,6%) (161). Aucune étude n'a pourtant été réalisée sur comment les patients réagissent lorsqu'on les adresse à un psychiatre ou psychologue.

De plus il ressort de cette étude que 6,8% des praticiens orthodontistes utilisent un questionnaire d'évaluation psychologique mais que 80% d'entre eux n'avaient pas reçu de formation sur l'évaluation ou la prise en charge psychologique. Parmi les praticiens ayant reçu des enseignements à ce sujet, la majorité (16%) l'ont reçu en formation post universitaire et seulement 2,3% lors de leur formation initiale.

Pourtant la majorité des praticiens (84,7%) pensent qu'une formation ou un enseignement à ce sujet leur serait bénéfique.

L'un des points à améliorer pour le futur est d'améliorer la capacité des praticiens à adresser de tels patients, en développant la connaissance des ressources locales disponibles et de s'entraîner à communiquer sur le besoin d'une évaluation psychologique/psychiatrique plus poussée et d'un possible traitement.

Il devrait être considéré comme normal et faisant partie d'un traitement orthodontique ou esthétique dentaire de faire une évaluation psychologique ou même d'adresser au préalable le patient à un psychiatre/psychologue. Ainsi cette consultation serait mieux perçue si elle est présentée comme une opportunité pour le patient d'explorer ses préoccupations et ses attentes vis à vis du traitement plutôt que cela leur soit présenté comme "une nécessité de voir un psychologue afin d'évaluer si ils doivent avoir ou non ce traitement" (161).

Nous pouvons conclure la nécessité pour les dentistes:

- d'être attentif au contexte psychologique des patients et de certains facteurs pouvant être prédisposant pour une dysmorphophobie (comme ils prêtent attention à l'état général du patient comme le diabète ou l'hypertension)
- de reconnaître l'importance de la santé psychologique lors de l'anamnèse du patient
- d'adresser un patient qui a des difficultés psychologiques pour une prise en charge psychologique.

La difficulté est que souvent les patients ne considèrent pas avoir besoin d'un suivi psychologique et peuvent refuser ce dernier et décident de consulter un autre dentiste à la place.

IX. CONVAINCRE LES PATIENTS DE LA THERAPIE

Comme décrit précédemment plusieurs traitements sont efficaces pour traiter la dysmorphophobie. Le concept de dysmorphophobie devenant petit à petit familier au grand public, certains patients vont accepter plus facilement ces traitements. Cependant d'autres vont y être récalcitrant. Ces patients peuvent préférer un traitement esthétique car ils sont persuadés que leurs défauts sont réels et non dus à un trouble psychiatrique. Le praticien doit donc alors tenter de persuader le patient d'avoir un traitement psychiatrique, ou tout du moins de consulter un psychiatre. Les points suivants donnent quelques conseils aux praticiens à ce sujet.

- 1- Après avoir établi le diagnostic de dysmorphophobie (à l'aide du questionnaire présenté), communiqué vos impressions concernant le diagnostic de la dysmorphophobie de manière empathique en lui expliquant pourquoi le diagnostic s'applique au patient
- 2- Communiquer des informations concernant la dysmorphophobie, expliquer que c'est un trouble réel. Référer au patient des livres et sites internet pour de plus amples informations.
- 3- Si le patient est réticent au diagnostic psychiatrique, lui expliquer que les maladies psychiatriques sont comme n'importe quelles autres maladies et qu'elles sont en ce sens traitables. Cela ne reflète pas une faiblesse mentale ou un échec personnel.
- 4- Ne pas simplement rassurer le patient concernant son physique et ne pas argumenter sur ce à quoi il ressemble réellement. D'un autre côté il ne faut pas le conforter dans le fait qu'il y ait quelque chose d'anormal dans son apparence.

- 5- A la place, se concentrer sur le fait que le patient se préoccupe de son physique trop souvent et que ces préoccupations provoquent chez lui une détresse et des problèmes dans sa vie quotidienne. Beaucoup de patients vont être d'accord sur ce point, ce qui peut les aider à accepter le diagnostique.
- 6- Mettre en avant le fait que le traitement va diminuer les préoccupations concernant leur apparence, améliorant leur souffrance et la dépression, et les aider à avoir une vie plus agréable et productive.

Pour les patients demandant des traitements esthétiques :

- 7- Si vous n'êtes pas sûr de votre diagnostique, adresser à un psychiatre qui pourra déterminer si la dysmorphophobie est présente ou non
- 8- Expliquer que les traitements esthétiques ne sont jamais efficaces pour la dysmorphophobie et que cela peut même aggraver leurs symptômes. Dire au patient que l'on pense qu'il sera insatisfait du résultat.
- 9- Expliquer que des traitements (IRS et CBT) sont disponibles, et qu'il n'y a pas de désavantage à les essayer.
- 10- Si le patient a déjà eu des traitements esthétiques qui n'ont pas eu les résultats escomptés, lui dire que le résultat ne sera pas différent avec un traitement esthétique supplémentaire. Si le traitement esthétique effectué a diminué les préoccupations concernant une partie du corps, mettre en avant que globalement ses préoccupations concernant son physique n'ont pas été résolu (car sinon ils ne chercheraient pas un autre traitement)
- 11- Ne pas simplement adresser le patient à un autre confrère, cela ne sera d'aucune aide au patient.

Ainsi le mieux pour les praticiens est de parler de leur diagnostique supposé de façon simple et direct comme si ils abordaient n'importe quel autre maladie, et d'expliquer pourquoi ils pensent que le patient souffre de dysmorphophobie. Il peut être bénéfique de conseiller aux patients de lire des informations supplémentaires dans des livres ou revues spécialisés ou même sur internet concernant la dysmorphophobie, cela pouvant les aider à accepter leur diagnostique.

Il est délicat et complexe de dire aux patients ce à quoi ils ressemblent physiquement, les patients pouvant facilement mal interpréter les commentaires du praticien à ce sujet et les faisant se sentir encore plus en détresse.

Ainsi le praticien devrait simplement notifier au patient que pour des raisons encore peu connues, les personnes souffrant de dysmorphophobie se voient différemment de la vision des autres, et que la vision qu'ont les autres du physique du patient diffère de la vision du patient. Ensuite le praticien doit emmener la discussion sur les préoccupations excessives du patient sur ses défauts perçus (et non imaginaires qui peut être perçu comme étant péjoratif), sa détresse et ses difficultés de fonctionnement. Le praticien doit alors expliquer que ces symptômes permettent d'établir un diagnostique de dysmorphophobie.

La plupart des patients vont alors abonder dans le sens du praticien concernant les commentaires sur ses souffrances. Il ne faut pas se concentrer outre mesure sur les défauts perçus par le patient, au risque de voir ses propos mal interprétés. Exemple: si le praticien dit que le patient est bien physiquement (look fine), le patient peut interpréter le mot "bien" comme "laid", pensant que le praticien aurait pu utiliser un terme encore plus positif (magnifique, etc). De plus ce n'est pas bénéfique car généralement le patient ayant un faible voir très faible insight, il ne va pas accepter le réconfort du praticien (reassurance). De plus le praticien ne doit pas non plus dire une chose

comme “ Bien, vous avez une légère cicatrice mais cela ne joue en rien sur votre physique”, le patient interprétant ce petit défaut comme une vraie défiguration.

Il peut être tentant pour les chirurgiens dentistes de juste adresser de tels patients à un confrère ou à un autre praticien reconnue pour ses compétences en esthétique, mais cela ne résoudra pas le problème du patient. Il est plus utile de dire au patient que ce dernier peut recevoir l'intervention esthétique souhaitée, mais que le chirurgien dentiste ne le recommande pas et que le patient ne sera pas satisfait du résultat quel qu'il soit. Le praticien se doit d'encourager le patient à recevoir un traitement psychiatrique approprié qui sera plus à même de diminuer ses obsessions et sa détresse et qui l'aidera à avoir une vie plus heureuse et « productive ». Il est important pour les praticiens d'avoir le réflexe d'adresser à un psychiatre comme si il le référé à n'importe quelle autre profession médicale (anapathologiste, stomatologue, etc), et ce de la manière la plus directe et rapide possible. Bien que la dysmorphophobie soit de plus en plus connue des psychiatres, il n'y a que peu de spécialistes dans ce domaine. Ainsi le mieux pour les chirurgiens dentistes est d'adresser de tels patients à des spécialistes des troubles obsessionnels compulsifs ou de la dépression (69).

En prenant en compte l'état psychologique du patient les dentistes ne vont pas seulement prévenir des complications futures ou des traitements inutiles mais aussi réduire les expériences frustrantes à la fois pour le patient et pour lui même, s'assurant un meilleur confort de travail (162).

X. UN MANQUE DE FORMATION AU SUJET DE LA DYSMORPHOPHOBIE

L'Association Dentaire Americaine (163) a définie les patients avec des besoins particuliers comme ceux “ayant des situations médicales, physiques, psychologiques ou sociales nécessitant une large palette d'évaluation et d'options de soins afin de fournir des soins dentaires. Ces individus inclus, mais ne sont pas limités à, les personnes avec des troubles du développement, des handicaps cognitifs, des problèmes médicaux complexes, des limitations physiques significatives et des personnes âgées vulnérables ” (164). Les patients dysmorphophobiques doivent y être inclus en tant que patient souffrant d'handicap cognitif. Des études ont montrées que les dentistes ayant reçus des enseignements et formations sur la prise en charge des patients avec des besoins particuliers, lors de leurs cursus universitaire se sentaient plus à l'aise pour traiter de tels patients et étaient plus sujets à leur prodiguer des soins. Cependant une majorité de dentistes ne se sentaient pas assez préparé pour prendre en charge de tels patients (164,165).

Nous avos ainsi vu que 80% des praticiens n'avaient pas reçu de formations sur la prise en charge psychologique des patients. 16% des praticiens ont reçu cette formation lors d'un cursus post-universitaire et seulement 2,3% lors de leur formation initiale. On constate un manque flagrant de formation sur la prise en charge psychologique des patients, nottament lors de la formation initiale.

Cependant vu la particularité des dysmorphophobiques, le but n'est pas de rendre les dentistes capables de soigner ces patients (ou de leurs effectuer des soins). Le but est de permettre aux dentistes de prendre en charge ces patients, les dentistes sont souvent désireux de traiter de tels

patients, et ces patients veulent volontiers recourir à de tels traitements. Le but est d'éduquer les dentistes et les étudiants dentaires à diagnostiquer la dysmorphophobie et de savoir comment gérer de tels patients et en étant capable de les adresser à un spécialiste. (166)

CONCLUSION

Comme nous l'avons évoqué dans ce travail, la dysmorphophobie est une pathologie complexe. D'origines multi-factorielles son mécanisme pathophysiologique n'est pas encore complètement établi. Contrairement à la cause et au fonctionnement de la dysmorphophobie, son traitement lui est bien connu. Le traitement par les inhibiteurs des récepteurs sérotonergiques ainsi que par la thérapie cognitivo-comportementale sont de grandes efficacités. Cependant le maintien dans le temps de ces résultats reste difficile.

Le chirurgien dentiste, comme toutes les professions médicales prodiguant des soins esthétiques, peut se retrouver à traiter ces patients dysmorphophobiques, la prévalence de tels patients étant plus importante dans la population dentaire que dans la population générale.

Plusieurs outils sont à sa disposition pour l'aider diagnostiquer un patient dysmorphophobique. Ce diagnostic peut être délicat à réaliser, tant par l'entretien à réaliser avec le patient que par la finesse du diagnostic, la dysmorphophobie ayant un taux de comorbidité important avec d'autres maladies et se rapprochant cliniquement de celles-ci.

Nous avons qu'une fois ce diagnostic établi, toute intervention esthétique à la demande du patient doit être contre-indiquée, celles-ci n'améliorant pas l'état du patient, et pouvant même le dégrader.

Il peut être tentant pour les chirurgiens dentistes de juste adresser de tels patients à un confrère ou à un autre praticien cosmétique, mais cela ne résoudra pas le problème du patient. Il est plus utile de dire au patient que ce dernier peut recevoir l'intervention esthétique souhaitée, mais que le chirurgien dentiste ne le recommande pas et que le patient ne sera pas satisfait du résultat quel qu'il soit. Le praticien se doit d'encourager le patient à recevoir un traitement psychiatrique approprié qui sera plus à même de diminuer ses obsessions et sa détresse et qui l'aidera à avoir une vie plus heureuse et « productive ». Il est important pour les praticiens d'avoir le réflexe d'adresser à un psychiatre comme si il le référait à n'importe quelle autre profession médicale (anapathologiste, stomatologue, etc), et ce de la manière la plus directe et rapide possible. Bien que la dysmorphophobie soit de plus en plus connue des psychiatres, il n'y a que peu de spécialistes dans ce domaine. Ainsi le mieux pour les chirurgiens dentistes est d'adresser de tels patients à des spécialistes des troubles obsessionnels compulsifs ou de la dépression (69).

En prenant en compte l'état psychologique du patient les dentistes ne vont pas seulement prévenir des complications futures ou des traitements inutiles mais aussi réduire les expériences frustrantes à la fois pour le patient et pour lui-même, s'assurant un meilleur confort de travail (162).

BIBLIOGRAPHIE

1. de Jongh A, Vo G, Lie SLSDF, Oosterink FMD, van Rood YR. [Popularity of aesthetic dental treatments. Results of a national study in the Netherlands]. *Ned Tijdschr Tandheelkd.* 2006;113(9):356–60.
2. Phillips KA. Body dysmorphic disorder: recognizing and treating imagined ugliness. *World Psychiatr.* 2004 ;3(1):12–7.
3. Brunswick RM. A supplement to Freud’s “History of an Infantile Neurosis.” *Int J Psychoanalys.* 1928;9:439–76.
4. Ladee G. *Hypochondrial Syndromes.* Amsterdam: Elsevier Publishing Company, 1966.
5. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Third E.* Washington DC: American Psychiatric Association, 1980.
6. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth Ed.* Washington DC: American Psychiatric Association, 2013.
7. Albertini RS, Phillips KA. Thirty-three cases of body dysmorphic disorder in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr.* 1999 ;38(4):453–9.
8. Greenberg JL, Falkenstein M, Reuman L, Fama J, Marques L, Wilhelm S. The phenomenology of self-reported body dysmorphic disorder by proxy. *Body Image.* 2013;10(2):243–6.
9. Crerand CE, Franklin ME, Sarwer DB. Body dysmorphic disorder and cosmetic surgery. *Plast. Reconstr. Surg.* 2006 Dec;118(7):167e–80e.
10. Buhlmann U, Glaesmer H, Mewes R, Fama JM, Wilhelm S, Brähler E, et al. Updates on the prevalence of body dysmorphic disorder: a population-based survey. *Psychiatr Res.* 2010;178(1):171–5.
11. Koran LM, Abujaoude E, Large MD, Serpe RT. The prevalence of body dysmorphic disorder in the United States adult population. *CNS Spectrums.* 2008;13(04):316–22.
12. Schieber K, Kollei I, de Zwaan M, Martin A. Classification of body dysmorphic disorder—What is the advantage of the new DSM-5 criteria? *J Psychosomat Res.* 2015;78(3):223–7.
13. Faravelli C, Salvatori S, Galassi F, Aiazzi L, Drei C, Cabras P. Epidemiology of somatoform disorders: a community survey in Florence. *Soc Psychiatr Psychiatr Epidemiol.* 1997 ;32(1):24–9.
14. Otto MW, Wilhelm S, Cohen LS, Harlow BL. Prevalence of body dysmorphic disorder in a community sample of women. *Am J Psychiatr.* 2001;158(12):2061–3.
15. Bohne A, Keuthen NJ, Wilhelm S, Deckersbach T, Jenike MA. Prevalence of symptoms of body dysmorphic disorder and its correlates: a cross-cultural comparison. *Psychosomatics.* 2002;43(6):486–90.
16. Bohne A, Wilhelm S, Keuthen NJ, Florin I, Baer L, Jenike MA. Prevalence of body dysmorphic disorder in a German college student sample. *Psychiatr Res.* 2002;109(1):101–4.
17. Cansever A, Uzun O, Dönmez E, Ozşahin A. The prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in college students: a study in a Turkish sample. *Compr Psychiatr.* 2003;44(1):60–4.
18. Sarwer DB, Cash TF, Magee L, Williams EF, Thompson JK, Roehrig M, et al. Female college students and cosmetic surgery: an investigation of experiences, attitudes, and body image. *Plast Reconstr Surg* 2005;115(3):931–8.
19. Biby EL. The relationship between body dysmorphic disorder and depression, self-esteem, somatization, and obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychol.* 1998;54(4):489–99.
20. Fitts SN, Gibson P, Redding CA, Deiter PJ. Body dysmorphic disorder: implications for

- its validity as a DSM-III-R clinical syndrome. *Psychol Rep.* 1989;64(2):655–8.
21. Andreasen NC, Bardach J. Dysmorphophobia: symptom or disease? *Am J Psychiatr.* 1977;134(6):673–6.
 22. Crerand CE. Rate of body dysmorphic disorder among patients seeking facial cosmetic procedures. Drexel University; thesis of Doctor of philosophy, 2003
 23. Vargel S, Uluşahin A. Psychopathology and body image in cosmetic surgery patients. *Aesthetic Plast Surg.* 2001;25(6):474–8.
 24. Vindigni V, Pavan C, Semenzin M, Grana S, Gambaro F, Marini M, et al. The importance of recognizing body dysmorphic disorder in cosmetic surgery patients: do our patients need a preoperative psychiatric evaluation? *Eur J Plastic Surg.* 2002;25(6):305–8.
 25. Aouizerate B, Pujol H, Grabot D, Faytout M, Suire K, Braud C, et al. Body dysmorphic disorder in a sample of cosmetic surgery applicants. *Eur Psychiatr.* 2003;18(7):365–8.
 26. Veale D, De Haro L, Lambrou C. Cosmetic rhinoplasty in body dysmorphic disorder. *Br J Plast Surg.* 2003;56(6):546–51.
 27. Harth W, Linse R. Botulinophilia: contraindication for therapy with botulinum toxin. *Int J Clin Pharmacol Ther.* 2001;39(10):460–3.
 28. Castle DJ, Molton M, Hoffman K, Preston NJ, Phillips KA. Correlates of dysmorphic concern in people seeking cosmetic enhancement. *Aust N Z J Psychiatr.* 2004;38(6):439–44.
 29. Phillips KA, Dufresne RG, Wilkel CS, Vittorio CC. Rate of body dysmorphic disorder in dermatology patients. *J Am Acad Dermatol* 2000 ;42(3):436–41.
 30. Dufresne RG, Phillips KA, Vittorio CC, Wilkel CS. A screening questionnaire for body dysmorphic disorder in a cosmetic dermatologic surgery practice. *Dermatol Surg.* 2001;27(5):457–62.
 31. Uzun O, Başoğlu C, Akar A, Cansever A, Ozşahin A, Cetin M, et al. Body dysmorphic disorder in patients with acne. *Compr Psychiatr.* 2003;44(5):415–9.
 32. Veale D, Boocock A, Gournay K, Dryden W, Shah F, Willson R, et al. Body dysmorphic disorder. A survey of fifty cases. *Br J Psychiatr.* 1996;169(2):196–201.
 33. Phillips KA, Menard W, Fay C, Weisberg R. Demographic characteristics, phenomenology, comorbidity, and family history in 200 individuals with body dysmorphic disorder. *Psychosomatics* 2005;46(4):317–25.
 34. Lambrou C, Veale D, Wilson G. Appearance concerns comparisons among persons with body dysmorphic disorder and nonclinical controls with and without aesthetic training. *Body Image* 2012;9(1):86–92.
 35. Bjornsson AS, Didie ER, Grant JE, Menard W, Stalker E, Phillips KA. Age at onset and clinical correlates in body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatr.* 2013;54(7):893–903.
 36. Bjornsson AS, Dyck I, Moitra E, Stout RL, Weisberg RB, Keller MB, et al. The clinical course of body dysmorphic disorder in the Harvard/Brown Anxiety Research Project (HARP). *J Nerv Ment Dis* 2011;199(1):55.
 37. Phillips KA, Pagano ME, Menard W, Fay C, Stout RL. Predictors of remission from body dysmorphic disorder: a prospective study. *J Nerv Ment Dis.* 2005;193(8):564–7.
 38. Phillips KA, Pagano ME, Menard W, Stout RL. A 12-month follow-up study of the course of body dysmorphic disorder. *Am J Psychiatr.* 2006;163(5):907–12.
 39. Phillips KA, Grant JE, Siniscalchi JM, Stout R, Price LH. A retrospective follow-up study of body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatr.* 2005;46(5):315–21.
 40. Phillips KA, Menard W, Quinn E, Didie ER, Stout RL. A 4-year prospective observational follow-up study of course and predictors of course in body dysmorphic disorder. *Psychol Med.* 2013;43(5):1109–17.
 41. Phillips KA, Diaz SF. Gender differences in body dysmorphic disorder. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1997;185(9):570–7.

42. Phillips KA, Castle DJ. Body dysmorphic disorder in men: Psychiatric treatments are usually effective. *Bri Med J*. 2001;323(7320):1015.
43. Fontenelle LF, Telles LL, Nazar BP, de Menezes GB, do Nascimento AL, Mendlowicz MV, et al. A sociodemographic, phenomenological, and long-term follow-up study of patients with body dysmorphic disorder in Brazil. *Int J Psychiatr Med*. 2006;36(2):243–59.
44. Grant JE, Kim SW, Crow SJ. Prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in adolescent and adult psychiatric inpatients. *J Clin Psychiatr*. 2001;62(7):517–22.
45. Dyl J, Kittler J, Phillips KA, Hunt JI. Body dysmorphic disorder and other clinically significant body image concerns in adolescent psychiatric inpatients: prevalence and clinical characteristics. *Child Psychiatr Hum Dev*. 2006;36(4):369–82.
46. Gollan J, Raffety B, Gortner E, Dobson K. Course profiles of early- and adult-onset depression. *J Affect Disord*. 2005;86(1):81–6.
47. Phillips KA, Didie ER, Menard W, Pagano ME, Fay C, Weisberg RB. Clinical features of body dysmorphic disorder in adolescents and adults. *Psychiatr Res*. 2006;141(3):305–14.
48. Cororve MB, Gleaves DH. Body dysmorphic disorder: a review of conceptualizations, assessment, and treatment strategies. *Clin Psychol Rev*. 2001;21(6):949–70.
49. Weingarden H, Renshaw KD. Body dysmorphic symptoms, functional impairment, and depression: the role of appearance-based Teasing. *J Psychol*. 2016;150(1):119–31.
50. Buhlmann U, Cook LM, Fama JM, Wilhelm S. Perceived teasing experiences in body dysmorphic disorder. *Body Image* 2007;4(4):381–5.
51. Schieber K, Kollei I, de Zwaan M, Müller A, Martin A. Personality traits as vulnerability factors in body dysmorphic disorder. *Psychiatr Res*. 2013;210(1):242–6.
52. Veale D, Ennis M, Lambrou C. Possible association of body dysmorphic disorder with an occupation or education in art and design. *Am J Psychiatr*. 2002;159(10):1788–90.
53. Veale D. Advances in a cognitive behavioural model of body dysmorphic disorder. *Body Image* 2004;1(1):113–25.
54. Didie ER, Tortolani CC, Pope CG, Menard W, Fay C, Phillips KA. Childhood abuse and neglect in body dysmorphic disorder. *Child Abuse & Neglect*. 2006;30(10):1105–15.
55. Monzani B, Rijdsdijk F, Iervolino AC, Anson M, Cherkas L, Mataix-Cols D. Evidence for a genetic overlap between body dysmorphic concerns and obsessive–compulsive symptoms in an adult female community twin sample. *Am J Med Genet Part B: Neuropsychiatr Genet*. 2012;159(4):376–82.
56. Monzani B, Rijdsdijk F, Anson M, Iervolino AC, Cherkas L, Spector T, et al. A twin study of body dysmorphic concerns. *Psychol Med*. 2012;42(09):1949–55.
57. Richter MA, Zai G, McBride JC, Mundo E, Swinson RP, Kennedy JL. The GABA A-Receptor $\gamma 2$ (GABRG2) Gene in obsessive-compulsive disorder. *Rev Brasil Psiquiatria*. 2009;31(4):328–31.
58. Kelly MM, Didie ER, Phillips KA. Personal and appearance-based rejection sensitivity in body dysmorphic disorder. *Body Image* 2014 ;11(3):260–5.
59. Kelly MM, Walters C, Phillips KA. Social anxiety and its relationship to functional impairment in body dysmorphic disorder. *Behav Ther*. 2010 ;41(2):143–53.
60. Bjornsson AS, Didie ER, Phillips KA. Body dysmorphic disorder. *Dialogues Clin Neurosc*. 2010;12(2):221–32.
61. Phillips KA, Pinto A, Hart AS, Coles ME, Eisen JL, Menard W, et al. A comparison of insight in body dysmorphic disorder and obsessive-compulsive disorder. *J Psychiatr Res*. 2012;46(10):1293–9.
62. Conroy M, Menard W, Fleming-Ives K, Modha P, Cerullo H, Phillips KA. Prevalence and clinical characteristics of body dysmorphic disorder in an adult inpatient setting. *Gen Hosp Psychiatr*. 2008;30(1):67–72.

63. Hart AS, Phillips KA. Symmetry concerns as a symptom of body dysmorphic disorder. *J Obsessive Compuls Relat Disord*. 2013;2(3):292–8.
64. Grant JE, Menard W, Phillips KA. Pathological skin picking in individuals with body dysmorphic disorder. *Gen Hosp Psychiatry*. 2006 Dec;28(6):487–93.
65. Gunstad J, Phillips KA. Axis I comorbidity in body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry*. 2003;44(4):270–6.
66. Grant JE, Menard W, Pagano ME, Fay C, Phillips KA. Substance use disorders in individuals with body dysmorphic disorder. *J Clin Psychiatry*. 2005;66(3):309–316; quiz 404–405.
67. Grant JE, Kim SW, Eckert ED. Body dysmorphic disorder in patients with anorexia nervosa: prevalence, clinical features, and delusional quality of body image. *Int J Eat Disord*. 2002;32(3):291–300.
68. Phillips KA, McElroy SL. Personality disorders and traits in patients with body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry*. 2000;41(4):229–36.
69. Phillips KA. The presentation of body dysmorphic disorder in medical settings. *Primary Psychiatry*. 2006;13(7):51.
70. Deckersbach T, Savage CR, Phillips KA, Wilhelm S, Buhlmann U, Rauch SL, et al. Characteristics of memory dysfunction in body dysmorphic disorder. *J Int Neuropsychol Soc*. 2000;6(06):673–81.
71. Marazziti D, Dell’Osso L, Presta S, Pfanner C, Rossi A, Masala I, et al. Platelet [3 H] paroxetine binding in patients with OCD-related disorders. *Psychiatr Res*. 1999;89(3):223–8.
72. Hanes KR. Serotonin, psilocybin, and body dysmorphic disorder: a case report. *J Clin Psychopharmacol*. 1996;16(2):188–9.
73. Craven JL, Rodin GM. Cyproheptadine dependence associated with an atypical somatoform disorder. *Can J Psychiatry*. 1987;32(2):143–5.
74. Hollander E, Wong C. Introduction: obsessive-compulsive spectrum disorders. *J Clin Psychiatry*. 1995;56:3–6.
75. Feusner JD, Yaryura-Tobias J, Saxena S. The pathophysiology of body dysmorphic disorder. *Body Image* 2008;5(1):3–12.
76. Vulink NC, Planting RS, Figeer M, Booij J, Denys D. Reduced striatal dopamine D2/3 receptor availability in body dysmorphic disorder. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2016;26(2):350–6.
77. Feusner JD, Bystritsky A, Hellemann G, Bookheimer S. Impaired identity recognition of faces with emotional expressions in body dysmorphic disorder. *Psychiatr Res*. 2010;179(3):318–23.
78. Buhlmann U, Etcoff NL, Wilhelm S. Emotion recognition bias for contempt and anger in body dysmorphic disorder. *J Psychiatr Res*. 2006;40(2):105–11.
79. Veale D, Neziroglu F. *Body dysmorphic disorder: A treatment manual*. Wiley-Blackwell. 2010
80. Feusner JD, Moller H, Altstein L, Sugar C, Bookheimer S, Yoon J, et al. Inverted face processing in body dysmorphic disorder. *J Psychiatr Res*. 2010 ;44(15):1088–94.
81. Liu CH, Collin CA, Rainville SJ, Chaudhuri A. The effects of spatial frequency overlap on face recognition. *J Exp Psychol Hum Percept Perform*. 2000;26(3):956–79.
82. Sabatinelli D, Bradley MM, Fitzimmons JR, Lang PJ. Parallel amygdala and inferotemporal activation reflect emotional intensity and fear relevance. *NeuroImage*. 2005 ;24(4):1265–70.
83. Feusner JD, Townsend J, Bystritsky A, Bookheimer S. Visual information processing of faces in body dysmorphic disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64(12):1417–25.
84. Feusner JD, Hembacher E, Moller H, Moody TD. Abnormalities of object visual

- processing in body dysmorphic disorder. *Psychol Med*. 2011;41(11):2385–97.
85. Sugiura M, Watanabe J, Maeda Y, Matsue Y, Fukuda H, Kawashima R. Cortical mechanisms of visual self-recognition. *Neuroimage* 2005 ;24(1):143–9.
86. Uddin LQ, Kaplan JT, Molnar-Szakacs I, Zaidel E, Iacoboni M. Self-face recognition activates a frontoparietal “mirror” network in the right hemisphere: an event-related fMRI study. *Neuroimage* 2005;25(3):926–35.
87. Feusner J, Townsend J, Bystritsky A, McKinley M, Moller H, Bookheimer S. Regional brain volumes and symptom severity in body dysmorphic disorder. *Psychiatr Res: Neuroimaging*. 2009;172:161–7.
88. Buhlmann U, McNally RJ, Wilhelm S, Florin I. Selective processing of emotional information in body dysmorphic disorder. *J Anxiety Disord*. 2002;16(3):289–98.
89. Phillips KA, Hollander E, Rasmussen SA, Aronowitz BR, DeCaria C, Goodman WK. A severity rating scale for body dysmorphic disorder: development, reliability, and validity of a modified version of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. *Psychopharmacol Bull*. 1997;33(1):17–22.
90. Rosen JC, Reiter J, Orosan P. Assessment of body image in eating disorders with the body dysmorphic disorder examination. *Behav Res Ther*. 1995;33(1):77–84.
91. Rosen JC, Reiter J. Development of the body dysmorphic disorder examination. *Behav Res Ther*. 1996 ;34(9):755–66.
92. Eisen JL, Phillips KA, Baer L, Beer DA, Atala KD, Rasmussen SA. The Brown assessment of beliefs scale: reliability and validity. *Am J Psychiatr*. 1998;155(1):102–8.
93. Phillips KA, Hart AS, Menard W, Eisen JL. Psychometric evaluation of the Brown Assessment of Beliefs Scale in body dysmorphic disorder. *J Nerv Ment Dis*. 2013;201(7):640.
94. Neziroglu F, McKay D, Yaryura-Tobias JA, Stevens KP, Todaro J. The Overvalued Ideas Scale: development, reliability and validity in obsessive–compulsive disorder. *Behav Res Ther*. 1999;37(9):881–902.
95. Dufresne RG, Phillips KA, Vittorio CC, Wilkel CS. A screening questionnaire for body dysmorphic disorder in a cosmetic dermatologic surgery practice. *Dermatol Surg*. 2001;27(5):457–62.
96. Oosthuizen P, Lambert T, Castle DJ. Dysmorphic concern: prevalence and associations with clinical variables. *Aust N Z J Psychiatr*. 1998 ;32(1):129–32.
97. Brohede S, Wingren G, Wijma B, Wijma K. Validation of the Body Dysmorphic Disorder Questionnaire in a community sample of Swedish women. *Psychiatr Res*. 2013;210(2):647–52.
98. Cash TF, Phillips KA, Santos MT, Hrabosky JI. Measuring “negative body image”: validation of the Body Image Disturbance Questionnaire in a nonclinical population. *Body Image* 2004 ;1(4):363–72.
99. Cash TF, Fleming EC. The impact of body image experiences: development of the body image quality of life inventory. *Int J Eat Disord*. 2002;31(4):455–60.
100. Hollander E, Allen A, Kwon J, Aronowitz B, Schmeidler J, Wong C, et al. Clomipramine vs desipramine crossover trial in body dysmorphic disorder: selective efficacy of a serotonin reuptake inhibitor in imagined ugliness. *Arch Gen Psychiatr*. 1999;56(11):1033–9.
101. Phillips KA, Albertini RS, Rasmussen SA. A randomized placebo-controlled trial of fluoxetine in body dysmorphic disorder. *Arch Gen Psychiatr*. 2002 ;59(4):381–8.
102. Phillips KA, Albertini RS, Siniscalchi JM, Khan A, Robinson M. Effectiveness of pharmacotherapy for body dysmorphic disorder: a chart-review study. *J Clin Psychiatr*. 2001;62(9):721–7.
103. Phillips KA. Placebo-controlled study of pimozide augmentation of fluoxetine in body

- dysmorphic disorder. *Am J Psychiatr* [Internet]. 2005 ;
<http://focus.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.162.2.377>
104. Phillips KA. *The Brokend Mirror: understanding and Treatin Body Dysmorphic Disorder*. New York: Oxford University Press, 2005.
 105. Phillips KA, Hollander E. Treating body dysmorphic disorder with medication: evidence, misconceptions, and a suggested approach. *Body Image* 2008;5(1):13–27.
 106. Anderson HD, Pace WD, Libby AM, West DR, Valuck RJ. Rates of 5 common antidepressant side effects among new adult and adolescent cases of depression: a retrospective US claims study. *Clin Therapeutics* 2012;34(1):113–23.
 107. Bet PM, Hugtenburg JG, Penninx BW, Hoogendijk WJ. Side effects of antidepressants during long-term use in a naturalistic setting. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2013;23(11):1443–51.
 108. Kroenke K, West SL, Swindle R, Gilsenan A, Eckert GJ, Dolor R, et al. Similar effectiveness of paroxetine, fluoxetine, and sertraline in primary care: a randomized trial. *J Am Med Assoc*. 2001;286(23):2947–55.
 109. Hudson TJ, Fortney JC, Pyne JM, Lu L, Mittal D. Reduction of patient-reported antidepressant side effects, by type of collaborative care. *Psychiatr Serv*. 2015;66(3):272–8.
 110. Hunot VM, Horne R, Leese MN, Churchill RC. A cohort study of adherence to antidepressants in primary care: the influence of antidepressant concerns and treatment preferences. *Prim Care Companion J Clin Psychiatr*. 2007;9(2):91–9.
 111. Bridge JA, Iyengar S, Salary CB, Barbe RP, Birmaher B, Pincus HA, et al. Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts in pediatric antidepressant treatment: a meta-analysis of randomized controlled trials. *J Am Med Assoc*. 2007 ;297(15):1683–96.
 112. Gibbons RD, Brown CH, Hur K, Marcus SM, Bhaumik DK, Mann JJ. Relationship between antidepressants and suicide attempts: an analysis of the Veterans Health administration data sets. *Am J Psychiatr*. 2007 ;164(7):1044–9.
 113. Gibbons RD, Brown CH, Hur K, Marcus SM, Bhaumik DK, Erkens JA, et al. Early evidence on the effects of regulators’ suicidality warnings on SSRI prescriptions and suicide in children and adolescents. *Am J Psychiatr*. 2007 ;164(9):1356–63.
 114. Phillips KA, Menard W. A prospective pilot study of levetiracetam for body dysmorphic disorder. *CNS Spectr*. 2009;14(5):252–60.
 115. Jacobs BL, van Praag H, Gage FH. Adult brain neurogenesis and psychiatry: a novel theory of depression. *Mol. Psychiatr*. 2000 ;5(3):262–9.
 116. Roose SP, Miyazaki M. Pharmacologic treatment of depression in patients with heart disease. *Psychosom Med*. 2005 ;67 (Suppl 1):S54–57.
 117. Taylor CB, Youngblood ME, Catellier D, Veith RC, Carney RM, Burg MM, et al. Effects of antidepressant medication on morbidity and mortality in depressed patients after myocardial infarction. *Arch. Gen. Psychiatr*. 2005 ;62(7):792–8.
 118. Allen A, Hadley SJ, Kaplan A, Simeon D, Friedberg J, Priday L, et al. An open-label trial of venlafaxine in body dysmorphic disorder. *CNS Spectrums*. 2008;13(02):138–44.
 119. Hollander E, Cohen L, Simeon D, Rosen J, DeCaria C, Stein DJ. Fluvoxamine treatment of body dysmorphic disorder. *J Clin Psychopharmacol*. 1994 ;14(1):75–7.
 120. Phillips KA. Pharmacologic treatment of body dysmorphic disorder. *Psychopharmacol Bull*. 1996;32(4):597–605.
 121. McKay D. Two-year follow-up of behavioral treatment and maintenance for body dysmorphic disorder. *Behavior modification*. 1999;23(4):620–9.
 122. Rabiei M, Mulkens S, Kalantari M, Molavi H, Bahrami F. Metacognitive therapy for body dysmorphic disorder patients in Iran: acceptability and proof of concept. *J Behav Ther*

Exp Psychiatr. 2012;43(2):724–9.

123. McKay D, Todaro J, Neziroglu F, Campisi T, Moritz EK, Yaryura-Tobias JA. Body dysmorphic disorder: a preliminary evaluation of treatment and maintenance using exposure with response prevention. *Behav Res Ther.* 1997 ;35(1):67–70.

124. Geremia GM, Neziroglu F. Cognitive therapy in the treatment of body dysmorphic disorder. *Clin Psychol Psychother.* 2001;8(4):243–51.

125. Yaryura-Tobias. *Biobehavioral treatment and management of obsessive-compulsive spectrum disorders.* W.W Norton & Company, 1997

126. Yaryura-Tobias, Neziroglu F. *Obsessive-compulsive disorder spectrum: Pathogenesis, diagnosis, and treatment.* Washington DC: American Psychiatric Press, 1997.

127. Veale D, Anson M, Miles S, Pieta M, Costa A, Ellison N. Efficacy of cognitive behaviour therapy versus anxiety management for body dysmorphic disorder: a randomised controlled trial. *Psychother and Psychosomat.* 2014;83(6):341–53.

128. Khemlani-Patel S, Neziroglu F, Mancusi LM. Cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder: a comparative investigation. *Int J Cognitive Ther.* 2011;4(4):363–80.

129. Taillon A, O’Connor K, Dupuis G, Lavoie M. Inference-based therapy for body dysmorphic disorder. *Clin Psychol Psychother.* 2013;20(1):67–76.

130. Williams J, Hadjistavropoulos T, Sharpe D. A meta-analysis of psychological and pharmacological treatments for body dysmorphic disorder. *Behav Res Ther.* 2006;44(1):99–111.

131. Phillips KA, Grant J, Siniscalchi J, Albertini RS. Surgical and nonpsychiatric medical treatment of patients with body dysmorphic disorder. *Psychosomatics* 2001;42(6):504–10.

132. Crerand CE, Phillips KA, Menard W, Fay C. Nonpsychiatric medical treatment of body dysmorphic disorder. *Psychosomatics* 2005;46(6):549–55.

133. Veale D. Outcome of cosmetic surgery and “DIY” surgery in patients with body dysmorphic disorder. *Psychiatr Bull.* 2000;24:218–21.

134. Sarwer DB. Awareness and identification of body dysmorphic disorder by aesthetic surgeons: results of a survey of american society for aesthetic plastic surgery members. *Aesthet Surg J.* 2002 ;22(6):531–5.

135. Boseley. An ugly obsession with appearance. *Guardian.* 2000

136. Mühlbauer W, Holm C, Wood DL. The thesites complex in plastic surgical patients. *Plast Reconstr Surg* 2001;107(2):319–26.

137. Perugi G, Akiskal HS, Giannotti D, Frare F, Di Vaio S, Cassano GB. Gender-related differences in body dysmorphic disorder (dysmorphophobia). *J Nerv Ment Dis* 1997 ;185(9):578–82.

138. Lucas P. Body dysmorphic disorder and violence. *J Forensic Psychiatr.* 2002;13(1):145–56.

139. Phillips KA, Menard W, Bjornsson AS. Cued panic attacks in body dysmorphic disorder. *J Psychiatr Pract.* 2013;19(3):194.

140. Phillips KA, Menard W. Suicidality in body dysmorphic disorder: a prospective study. *Am J Psychiatr.* 2006;163(7):1280–2.

141. Osman S, Cooper M, Hackmann A, Veale D. Spontaneously occurring images and early memories in people with body dysmorphic disorder. *Memory.* 2004;12(4):428–36.

142. Veale D, Kinderman P, Riley S, Lambrou C. Self-discrepancy in body dysmorphic disorder. *Br J Clin Psychol.* 2003 ;42(Pt 2):157–69.

143. Hepburn S, Cunningham S. Body dysmorphic disorder in adult orthodontic patients. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2006 ;130(5):569–74.

144. Vulink NCC, Rosenberg A, Plooi JM, Koole R, Bergé SJ, Denys D. Body dysmorphic disorder screening in maxillofacial outpatients presenting for orthognathic surgery. *Int J Oral*

Maxillofac Surg. 2008;37(11):985–91.

145. De Jongh A, Oosterink FMD, Van Rood YR, Aartman IHA. Preoccupation with one's appearance: a motivating factor for cosmetic dental treatment? *Brit Dent J.* 2008;204(12):691–5.

146. Sarwer DB, Wadden TA, Pertschuk MJ, Whitaker LA. The psychology of cosmetic surgery: a review and reconceptualization. *Clin Psychol Rev.* 1998 ;18(1):1–22.

147. Crerand CE, Sarwer DB, Magee L, Gibbons K, Lowe M, Barlett S. Rate of body dysmorphic disorder among patients seeking facial plastic surgery. *Psychiatr Ann.* 2004;34(12):958-65

148. De Jongh A. Cosmetic dentistry: concerns with facial appearance and body dysmorphic disorder. *Behav Dentistr.* 2013; 109-119

149. Simon J, Tirlet G, Attal J-P. Evaluation de la demande esthétique à la consultation externe du service d'odontologie de l'hôpital Charles Foix Ivry sur Seine. *Inf Dent* 2008;90(31):1677–82.

150. Cunningham SJ, Feinmann C. Psychological assessment of patients requesting orthognathic surgery and the relevance of body dysmorphic disorder. *Br J Orthod.* 1998 ;25(4):293–8.

151. Polo M. Body dysmorphic disorder: A screening guide for orthodontists. *Am J Orthod and Dentofac Orthop.* 2011;139(2):170–3.

152. Sachan A, Chaturvedi T, Adit. Body dysmorphic disorder: a new concern for dentists. *Dysphrenia* 2012;(3):134–6.

153. Newton JT, Cunningham SJ. Great expectations: What do patients expect and how can expectations be managed? *J Orthod.* 2013;40(2):112–7.

154. Scott SE, Newton JT. Body dysmorphic disorder and aesthetic dentistry. *Dent Update.* 2011;38:112–4.

155. General Medical Council. Personal beliefs and medical practice. http://www.gmc-uk.org/Personal_Beliefs___Archived.pdf_51772286.pdf. 2008;

156. Chan JK-K, Jones SM, Heywood AJ. Body dysmorphia, self-mutilation and the reconstructive surgeon. *J Plastic Reconstr Aesthet Surg.* 2011;64(1):4–8.

157. Elliott T. Body dysmorphic disorder, radical surgery and the limits of consent. *Med Law Rev.* 2009;17(2):149-182.

158. Alldridge P. Consent to medical and surgical treatment- the Law Commission's recommendations. *Med Law Rev.* 1996;4(129):129–43.

159. Ormerod D. Consent and offences against te Person: Law Comission Consultation Paper n°134. *Mod Law Rev.* 1994;57(6).

160. Nachshoni T, Kotler M. Legal and medical aspects of body dysmorphic disorder. *Med Law.* 2007 ;26(4):721–35.

161. Juggins KJ, Feinmann C, Shute J, Cunningham SJ. Psychological support for orthognathic patients—what do orthodontists want? *J Orthod.* 2006;33(2):107–15.

162. Adair P. Mental disorders in dental practice: A case report of body dysmorphic disorder. *Spec Care Dent.* 2004;24(2):61–4.

163. Commission on Dental Accreditation. Accreditation standarts for dental education programs. Chicago: American Dental Association, 2010.

164. Krause M, Vainio L, Zwetchkenbaum S, Inglehart MR. Dental education about patients with special needs: a survey of U.S. and Canadian dental schools. *J Dent Educ.* 2010 ;74(11):1179–89.

165. Dao LP, Zwetchkenbaum S, Inglehart MR. General dentists and special needs patients: does dental education matter? *J Dent Educ.* 2005 ;69(10):1107–15.

166. Winfree WJ, Rouse LE, Brown RS. Body dysmorphic disorder and cosmetic dentistry:

diagnostic, management and ethical issues. Dent Tod 2014; 33(3): 72-4

ANNEXES

Annexe 1 : ECHELLE DE SEVERITE: BDD-YBOCS

Pour chaque item, entourer le nombre caractérisant au mieux les symptômes présent a cours de la dernière semaine.

1. Durée des pensées se rapportant au défaut physique:

“ Combien de temps (nombre d’heures par jour) durent vos pensées se rapportat à ce défaut ou à cette imperfection de votre apparence physique?”

0= nulle

1= légère (oins d’une heure par jour)

2= moyenne (1à 3 heures par jour)

3= importante (plus de 3 heures par jour, jusqu’à 6 heures par jour)

4= extrêmement importante (supérieur à 6 heures par jour)

2. Gêne liée aux pensées se rapportant au défaut physique:

“Dans quelle mesure vos pensées se rapportant à votre défaut physique vous gênent-elles dans votre vie sociale ou professionnelle? (Y a-t-il des choses qu’il vous est impossible de faire à cause de ces pensées?)

0= nulle

1= légère, faible gêne dans les activités sociales ou professuinnelles mais l’efficacité globale du patient n’est pas altérée

2= moyenne, nette gêne dans les activités sociales ou professionnelles mais le patient peut encore faire face

3= importante, cause une altération réelle des activités sociales et professionnelles du patient

4= extrêmement importate: gêne invalidante

3. Angoisse associée aux pensées se rapportant au défaut physique:

“Quel niveau d’angoisse ces pensées se rapportant à votre défaut physique créent-elles en vous?”

Evaluer l’aspect perturbant, troublant et l’anxiété qui semble déclenchée par ces pensées, pas l’anxiété généralisée ou l’anxiété liée à d’autres symptômes.

0= nulle

1= légère, rare et très peu fréquente

2= moyenne, fréquente et gênante, mais le patient gère encore assez bien

3= importante, très fréquente et très gênante

4= extrêmement importante, pratiquement constante et d’une gêne invalidante

4. Résistance aux pensées se rapportant au défaut physique:

“Quel effort fournissez-vous pour résister aux pensées se rapportant à votre défaut physique? (Pause) Essayez-vous souvent de détourner votre attention de ces pensées quand elles vous viennent à l’esprit?”

N'évaluez ici que l'effort fourni par le patient pour résister, pas le succès ou l'échec, dans le contrôle effectif des pensées. L'effort fourni par le patient pour résister à ces pensées peut ou non correspondre à sa capacité à les contrôler.

0= fait l'effort de toujours résister, ou symptômes si minimes qu'ils ne nécessitent pas qu'on leur résiste

1= essaie de résister la plupart du temps

2= fait quelques efforts pour résister

3= cède à toutes les pensées, sans essayer de les contrôler, mais est quelque peu contrarié de ne pouvoir mieux faire

4= cède volontiers et totalement à toutes les pensées

5. Degré de contrôle sur les pensées se rapportant au défaut physique:

“Quel contrôle exercez-vous sur vos pensées se rapportant à votre défaut physique? Dans quelle mesure arrivez-vous à stopper ou à détourner vos pensées?”

0= contrôle total ou symptômes si minimes qu'ils ne nécessitent pas de contrôle

1= beaucoup de contrôle; généralement capable de stopper ou de détourner ses pensées avec quelques efforts de concentration

2= contrôle moyen; peut de temps en temps arriver à stopper ou à détourner ses pensées

3= peu de contrôle; arrive rarement à stopper ses pensées, peut seulement détourner son attention avec difficulté

4= pas de contrôle; semble totalement dépourvu de volonté, rarement capable de détourner son attention de ses pensées, même momentanément

Les questions qui suivent concernent des comportements, des activités que vous pouvez réaliser en rapport avec votre préoccupation physique, comme:

Lisez la liste des capacités ci-dessous afin de déterminer quelles sont celles que le patient réalisent.

- contrôler votre apparence devant un miroir ou d'autres surfaces réfléchissantes
- soigner votre présentation
- vous maquiller
- vous camoufler sous des vêtements ou d'autres moyens de vous dissimuler (évaluer le temps passé pour choisir les vêtements, changer de tenue vestimentaire, pas le temps à s'habiller)
- détailler l'apparence d'autrui pour la comparer à la vôtre
- questionner les autres et discuter avec eux de votre apparence
- vous blesser ou vous écorcher la peau
- autres:

6. Temps passé à des activités se rapportant au défaut physique:

“Combien de temps passez-vous à ces activités se rapportant à votre physique?”

0= nulle

1= légère (passe moins d'une heure par jour à faire ces activités)

2= moyenne (de 1 à 3 heures par jour)

3= importante (passe plus de 3 heures par jour et jusqu'à 8 heures par jour à ces activités)

4= extrêmement importante (passe plus de 8 heures par jours à faire ces activités)

7. Gêne liée aux activités se rapportant au défaut physique:

“Dans quelle mesure ces activités vous gênent-elles dans votre vie sociale ou professionnelle? (Y a-t-il des choses qu’il vous est impossible de faire à cause de ces activités?)

0= nulle

1= légère, faible gêne dans les activités sociales ou professionnelles mais l’efficacité globale du patient n’est pas altérée

2= moyenne, nette gêne dans les activités sociales ou professionnelles mais le patient peut encore faire face

3= importante, cause une altération réelle des activités sociales et professionnelles du patient

4= extrêmement importante: gêne invalidante

8. Angoisse associée aux activités se rapportant au défaut physique:

“Comment vous sentiriez-vous si l’on vous empêchait de faire ces activités? (Pause) Seriez-vous anxieux?” *Évaluez le degré d’angoisse/ de frustration du patient si l’exécution de l’activité était soudainement interrompue.*

0= nulle

1= légère, seulement légèrement anxieux si on empêche son comportement ou seulement une légère anxiété pendant l’accomplissement du comportement

2= moyenne, dit que l’angoisse monterait mais resterait contrôlable si on l’empêche de réaliser son comportement ou que l’anxiété augmente mais reste contrôlable pendant qu’il accomplit son activité

3= importante, augmentation très nette et très éprouvante de l’anxiété si les comportements sont interrompus ou augmentation très nette ou très éprouvante de l’anxiété pendant l’accomplissement du comportement

4= extrêmement importante, anxiété invalidante dès qu’une intervention vise à modifier l’activité ou anxiété invalidante pendant l’accomplissement du comportement lié au défaut physique

9. Résistance aux activités se rapportant au défaut physique:

“Quel effort fournissez-vous pour résister à ces activités?”

N’évaluez ici que l’effort fourni par le patient pour résister, pas le succès ou l’échec, dans le contrôle effectif des pensées. L’effort fourni par le patient pour résister à ces pensées peut ou non correspondre à sa capacité à les contrôler.

0= fait l’effort de toujours résister, ou symptômes si minimes qu’ils ne nécessitent pas qu’on leur résiste

1= essaie de résister la plupart du temps

2= fait quelques efforts pour résister

3= cède à toutes les pensées, sans essayer de les contrôler, mais est quelque peu contrarié de ne pouvoir mieux faire

4= cède volontiers et totalement à toutes les pensées

10. Degré de contrôle sur les activités se rapportant au défaut physique:

“Quel contrôle exercez-vous sur vos activités se rapportant à votre défaut physique? Dans quelle mesure arrivez-vous à stopper ou à détourner vos activités?”

0= contrôle total ou symptômes si minimes qu’ils ne nécessitent pas de contrôle

1= beaucoup de contrôle; généralement capable de contrôler ses activités avec quelques efforts de concentration

2= contrôle moyen; peut les contrôler avec difficulté
3= peu de contrôle; arrive rarement à contrôler ses activités, peut seulement les reporter avec difficulté
4= pas de contrôle; semble totalement dépourvu de volonté, rarement capable de reporter ses activités, même momentanément

11. Insight:

“Est-il possible que votre défaut physique puisse être moins important ou moins inesthétique que vous pensez qu’il soit? A quel point êtes-vous convaincu que votre défaut physique est aussi inesthétique que vous pensez qu’il soit? Quelqu’un peut-il vous convaincre qu’il n’est pas si inesthétique?”

0= Excellent insight, complètement rationnel

1= Bon insight. Prêt à reconnaître l’absurdité de ses pensées (mais ne semble pas totalement convaincu qu’il n’y ait rien qui justifie son anxiété)

2= moyen insight. Peut admettre que ses pensées semblent irrésonnables mais hésite à ce sujet.

3= faible insight. Maintiens que ses pensées ne sont pas irrésonnables. 4= très faible insight, délirant. Intimement convaincu que ses activités et pensées sont raisonnables, n’admet pas les preuves contraires.

12. Evitement

“Est-ce que vous avez évité de faire quelque chose, d’aller quelque part ou de rencontrer quelqu’un à cause des pensées ou des comportements se rapportant à votre défaut physique?”

Si OUI, demander alors: “Qu’est ce que vous avez évité?”

Evaluer le degré avec lequel le patient essaie délibérément d’éviter les choses comme des relations sociales ou des activités professionnelles. Ne pas inclure l’évitement des miroirs ou celui des comportements compulsifs

0= pas d’évitement intentionnel

1= léger, évitement minime

2= modéré, des évitements réellement présents

3= sévère, beaucoup d’évitements; évitements importants

4= extrême, évitements très importants; Le patient évite presque toutes les activités

Annexe 2 :

BODY DYSMORPHIC DISORDER QUESTIONNAIRE

Questions du BDDQ	Réponse (a)	score du BDDQ(b)
1. Etes vous très préoccupé par l'aspect d'une partie de votre corps que vous trouvez inesthétique?	OUI	1
2. Est ce que ces préoccupation vous inquiètent? Si oui, pensez vous y souvent et aimeriez vous y pensez moins souvent?	OUI	2
3a. Est ce que votre (vos) défaut(s) vous causent du stress, des tourments ou des souffrances? 3b. Est ce que votre (vos) défaut(s) interfèrent avec votre vie sociale? 3c. Est ce que votre (vos) défaut(s) interfèrent avec vos études, votre travail ou empêche de remplir vos fonctions?	OUI à au moins une des questions	3
3d. Y a t il des choses que vous évitez à cause de votre (vos) défauts?		
4. Combien de temps par jour pensez vous à votre (vos) défaut(s)?	> 1h	4
5. Est ce que la principale préoccupation concernant votre apparence est que vous ne vous trouvez pas assez mince ou que vous aimeriez être plus gros?	OUI= exclusion	
a: la question suivante est posé que si la réponse est OUI		
b: score cumulatif. 4 points obtenus est considéré comme un dépistage positif à la dysmorphophobie		

Annexe 3 :

BODY DISMORPHIC DISORDER MODULE

1. Avez-vous déjà été très inquiet (te) à propos de votre apparence physique de quelque façon que ce soit? non (0) oui (1)

Si oui: Quelle est (était) votre inquiétude?

2. Pensez vous que votre (partie du corps) est(était) particulièrement inesthétique?
 non (0) oui (1)

(Note: Donner des exemples précis même si la personne répond non à ces questions. Par exemple: vous pouvez avoir des inquiétudes au sujet de: votre peau (acné, cicatrices, rides pâleur), vos cheveux (clairsemés), la forme ou la taille de votre nez, vos parties génitales ou de quelque autre partie du corps)

Que pensez-vous de l'aspect de votre visage, de votre peau, vos cheveux, votre nez ou de la forme/taille ou autre aspect de quelque autre partie du corps?

3. Est-ce que cette idée vous préoccupe(paît)?
C'est-à-dire que vous y pensez (siez) beaucoup et souhaitez (avez souhaité) pouvoir moins y penser? non (0) oui (1)

4. Est ce que les gens autour de vous vous trouvent(vaient) que vous vous en préoccupez(piez) plus que vous ne le devriez?
 non (0) oui (1)

Critère A: absent (0) présent (1) quand items 1,2 et 3 sont côtés "oui"

5. Quel effet a eu cette préoccupation sur votre vie?
-
-
-

6. Est-ce qu'elle vous a causé beaucoup de détresse? non (0) oui (1)

ou

7. Est-ce que votre préoccupation a eu des effets sur votre famille ou sur vos amis?
 non (0) oui (1)

Critère B: absent (0) présent (1) quand item 6 OU 7 est côté "oui"

Si la préoccupation est entièrement attribuée à une Anorexie mentale, ne pas diagnostiquer un BDD.

8. Trouble Anorexie mentale: absent (0) présent (1)

Critère C: absent (0) présent (1) quand item 8 est côté "0"

(Sévérité du défaut évalué par le (la) dermatologue: __)

⇒ Diagnostic BDD: non (0)

oui (1) quand critère A, B et C sont côtés "1" et sévérité
du défaut < ou = à 2

9. Age du début de la préoccupation: __

Annexe 4 :

TABLEAU RECAPITULATIF ESSAIS IRS

Médicaments	Type d'étude	nombre participants	durée de l'essai et dose (mg/j)	résultats	référence
Clomipramine (Anafranil) vs desipramine	randomisé, double essai croisé aveugle (double blind controlled cross-over trial)	29	16 semaines (8 semaines de chaque) CMI: 138+- 87 DMI: 147+-80	Clomipramine est significativement plus efficace que la desipramine pour les symptômes dysmorphophobiques et handicap fonctionnel; taux de réponse de 65% vs 35% aux BDD-YBOCS	Hollander et al. 1999
Fluoxetine (Prozac) vs placebo	randomisé, double aveugle, groupe placebo et groupe test en parallèle	67	12 semaines 77,7+-8.0 (40-80)	fluoxetine est significativement plus efficace que le placebo, taux de réponse de 53% vs 18% aux scores BDD-YBOCS	Phillips et al. 2007
Fluvoxamine (Luvox)	Essai ouvert	30	16 semaines 238,3+-85,8(50-300)	Taux de réponse de 63%	Phillips et al. 1998
Citalopram (Celexa)	Essai ouvert	15	12 semaines 51,3+-16,9 (10-60)	Taux de réponse de 73% au BDD-YBOCS, qualité de vie a significativement augmenté	Phillips et Najjar, 2003
Escitalopram (Lexapro)	Essai ouvert	15	12 semaines 28,0+-6,5 (10-30)	Taux de réponse de 73% au BDD-YBOCS, qualité de vie a significativement augmenté	Phillips 2006

TOUCHARD (Mathieu). La dysmorphophobie : un risque majeur dans la dentisterie esthétique. 103 f. ; 166 ref. ; 30cm (Thèse : Chir. Dent. ; Nantes ; 2016)

RESUME

La dysmorphophobie est un trouble obsessionnel-compulsif consistant en une préoccupation concernant une ou plusieurs imperfections dans son apparence physique qui ne sont pas apparentes ou mineures pour autrui, entraînant des comportements répétitifs et une détresse du patient.

Du fait du développement de l'aspect esthétique dans la dentisterie moderne les praticiens risquent de se retrouver confronté de plus en plus fréquemment à des patients dysmorphophobiques.

Le but de ce travail est d'éclairer les chirurgiens dentistes sur les risques liés à cette pathologie du fait de l'analyse amplifiée des problèmes de la part du patient, sur les modes de réflexion associés à cette pathologie, et de son implication dans la pratique dentaire. Nous verrons ainsi que sa non-prise en compte par le praticien dans l'élaboration du plan de traitement peut avoir des conséquences majeures pour le patient comme pour le praticien.

RUBRIQUE DE CLASSEMENT : Psychologie

MOTS CLES MESH

Dentisterie esthétique - Cosmetic dentistry

Trouble obsessionnel compulsif – Obsessive-compulsive disorder

Soins dentaires – Dental care

Psychologie – Psychology

Guide de bonnes pratiques – Clinical practice guideline

JURY

Président : Professeur AMOURIQ Y.

Directeur : Dr BODIC F.

Assesseur : Dr ENKEL B.

Assesseur : Dr VERNER C.

ADRESSE DE L'AUTEUR

17 impasse Huysmans 28000 CHARTRES

mathieutouchard@gmail.com