



Pathomimie mimant un érysipèle : une observation clinique *Pathomimia mimicking erysipelas*: a case report

Kaoutar Sof¹, Hanane Daflaoui¹, Hanan Ragragui¹, Nada Zizi^{1,2}, Siham Dikhaye^{1,2}

Auteur correspondant

Kaoutar Sof

Courriel: kaouthar.sof@gmail.com

Summary

Cutaneous pathomimia is a behavioral disorder that manifests on the skin. It represents a challenge for the dermatologist and requires multidisciplinary management involving the dermatologist and the psychiatrist. We report the case of a 39-year-old female patient, left-handed, who was followed in the Psychiatry Service for an obsessive-compulsive disorder for two years under behavioral therapy. She was admitted in the emergency for an erythematous leg and initially treated as non-necrotizing dermo-hypodermatitis by oral and local antibiotic therapy with therapeutic failure. The diagnosis of pathomimia was suspected and occlusive pads were placed on the lesions. The evolution was marked by the healing of the lesions. The patient was referred to the Psychiatry Service for psychotherapy. Our case highlights the importance of the patient's history and background in the diagnosis of this behavioral disorder.

Keywords: dermatology, erysipelas, pathomimia, psychiatry, treatment
<https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v15i3.12>

Received: September 17th, 2021

Accepted: March 20th, 2022

1 Service de Dermatologie allergologie et vénérologie - CHU Mohammed VI d'Oujda

2 Laboratoire d'épidémiologie, de recherche clinique et de santé publique – Faculté de médecine et de Pharmacie d'Oujda – Université Mohammed Premier, Oujda, Maroc

Résumé

La pathomimie cutanée est un trouble de conduite qui se manifeste au niveau de la peau, qui représente un challenge pour le dermatologue. Elle nécessite une prise en charge multidisciplinaire associant le dermatologue et le psychiatre. Nous rapportons, le cas d'une patiente âgée de 39 ans, gauchère, suivie en psychiatrie pour un trouble obsessionnel compulsif depuis deux ans sous thérapie comportementale, admise aux urgences ; pour une grosse jambe traitée initialement comme dermo-hypodermite non nécrosante sous antibiothérapie orale et locale avec un échec thérapeutique. Le diagnostic de pathomimie a été suspecté et la patiente a été mise sous pansements occlusifs. L'évolution était marquée par la cicatrisation des lésions. La patiente a été ensuite adressée en psychiatrie pour des séances de psychothérapie. Ce cas souligne l'importance des antécédents et du contexte du patient pour établir un diagnostic.

Mots-clés : dermatologie, érysipèle, pathomimie, psychiatrie, traitement

Reçu le 17 septembre 2021

Accepté le 20 mars 2022

Introduction

La pathomimie cutanée est un trouble de conduite prenant directement la peau comme cible. Elle représente une forme particulière de troubles factices et constitue un réel challenge diagnostique et thérapeutique pour le dermatologue (1). C'est une pathologie rare, provoquée par le patient lui-même pour compenser une exigence psychologique (2).

Nous décrivons un cas de pathomimie mimant une dermo-hypodermite non nécrosante chez une patiente suivie pour un trouble obsessionnel compulsif (TOC).

Observation clinique

Une patiente âgée de 39 ans, gauchère, suivie depuis deux ans en psychiatrie pour un TOC sous thérapie comportementale, était admise aux urgences pour une grosse jambe rouge droite aigue évoluant dix jours avant son admission. L'examen dermatologique a trouvé un placard érythémateux circonférentiel légèrement chaud, mal limité et douloureux à la palpation prenant la moitié inférieure de la jambe droite surmonté au niveau de la face postérieure de bulles flasques à contenu louche sans zones de nécrose ou de crépitations neigeuses (Figure 1).



Figure 1. Placard érythémateux surmonté de bulles flasques à contenu louche au niveau de la face postérieure de la jambe droite

1 : Placard érythémateux mal limité
2 : Bulles flasques à contenu louche

L'examen des aires ganglionnaires n'a pas objectivé d'adénopathies poplitées ou inguinales. Les pouls tibiaux postérieurs et pédieux sont présents et symétriques.

Le bilan biologique a montré une protéine réactive sérique (CRP) négative à 5,55 mg/l et une numération formule sanguine correcte.

Le bilan radiologique fait de radiographies standards de la jambe face et profil étaient normales, une échographie des parties molles, a montré une infiltration des parties molles cutanées et sous cutanées sans collection individualisable.

Devant la suspicion d'une dermo-hypodermite non nécrosante (DHDNN), la patiente a été mise sous antibiothérapie orale à base d'amoxicilline

& acide clavulanique, à raison de 3g/j associée à une antibiothérapie locale à base d'acide fucidique crème 2 applications par jour ; avec des soins locaux faits de chlorhexidine et de lavages quotidiens au savon au niveau des érosions post-bulleuses.

Ce traitement a été maintenu pendant huit jours sans aucune amélioration notable.

Ce qui a fait suspecter par la suite, une pathomimie cutanée. La patiente a été mise sous pansements occlusifs. Cinq jours plus tard, une bonne amélioration a été observée avec un début de cicatrisation et une réépithélialisation des érosions (Figure 2).



Figure 2. Cicatrisation et début d'épithélialisation des érosions

La patiente a été adressée par la suite en consultation psychiatrique pour des séances de psychothérapie.

Discussion

La patiente en discussion est particulière, par la forme bulleuse et sa localisation unilatérale au niveau de la jambe droite, suggérant initialement une DHDNN. Cependant, devant l'antécédent de TOC, la persistance des érosions, la négativité du bilan biologique et l'échec thérapeutique des antibiotiques oraux et locaux, le diagnostic de pathomimie a été finalement retenu. En effet, la pathomimie cutanée est définie comme des lésions provoquées par le patient sur sa propre peau, pour satisfaire un besoin psychologique. Ceci rend très difficile le diagnostic et donc sa prise en charge (3).

La pathomimie semble rare et représente seulement 0,2 % des consultations en

dermatologie. Elle touche souvent les adultes jeunes de 15 à 35 ans avec une nette prédominance féminine et parmi les paramédicaux (4). Les lésions concernent les zones habituellement accessibles (bras, membres inférieurs et plus exceptionnellement le visage). Les manifestations les plus fréquentes sont des ulcérations, des plaies et des excoriations (5). Le diagnostic de pathomimie doit être évoqué devant tout retard de cicatrisation sans cause organique évidente (4). En médecine, il s'agit d'un diagnostic d'élimination. En psychopathologie, il s'agit d'un diagnostic positif (6).

La disparition forcée des lésions est possible par pansement occlusif avec pour conséquence possible l'apparition de lésions semblables ailleurs sur le corps du sujet (6).

La prise en charge des pathomimies est complexe et pluridisciplinaire faisant intervenir le dermatologue et le psychiatre (2).

Conclusion

Les antécédents et le contexte du patient doivent être pris en considération pour établir un diagnostic ; c'est le cas de notre patiente chez qui le diagnostic de DHDNN a été initialement suspecté uniquement devant le tableau clinique. Le diagnostic a pu être reconsidéré par la suite en prenant en compte tous les arguments anamnestiques, cliniques et paracliniques.

Conflict d'intérêt

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Contribution aux auteurs

Kaoutar Sof : conception, rédaction du rapport de cas

Hanane Daflaoui : collecte des données

Hanan Ragragui : collecte des données

Nada Zizi : supervision

Siham Dikhaye : correction, supervision et conception

Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale et les versions révisées du manuscrit.

Références

1. Zinoun M, Chiheb S, Marnissi F, Kadiri N, Benchikhi H. Lésions bulleuses et purpuriques unilatérales : pathomimie cutanée. *Pan Afr Med J* 2015 ; **20**:301.
2. Gieler U, Consoli SG, Tomas-Aragones L, Linder DM, Jemec GB, Poot F, *et al.* Self-inflicted lesions in dermatology: terminology and classification—a position paper from the European Society for Dermatology and Psychiatry (ESDaP). *Acta dermato-venereologica* 2013; **93** (1): 4-12.
3. Kluger N. Factitious disorders in dermatology: still a challenging diagnosis, *EJD* 2017; **27** (3) 311-313.
4. Moussaoui A, Fejaal N, Cantaloube D. Prise en charge chirurgicale de la pathomimie cutanée. À propos d'un cas avec revue de la littérature. *Annales de chirurgie plastique esthétique* 2005 ; **50** : 743-745.
5. Tennstedt, D., Truchetet, F., Plaies : simulations et pathomimies. *Revue francophone de cicatrisation* 2017 ; **1**(1S) : 26-27.
6. Barfety-Servignat V, La pathomimie. Du secret au sacrifice du corps, une histoire à montrer ? *Douleurs* 2016; **17**: 296-305.

Comment citer cet article: Sof K, Daflaoui H, Ragragui H, Zizi N, Dikhaye S. Pathomimie mimant un érysipèle : une observation clinique. *Ann Afr Med* 2022; **15** (3): e4732-e4734. <https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v15i3.12>