



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Communication

La trichotillomanie. À propos d'un cas de trichobézoard

Trichotillomania. About one case of trichobezoar

Marianne Daudin*, Maréva Calteau

Service de psychiatrie, hôpital d'instruction des armées Desgenettes, 108, boulevard Pinel, 69003 Lyon, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :
Disponible sur Internet le xxx

Mots clés :
Cas clinique
Trichophagie
Trichobézoard
Trichotillomanie
Trouble obsessionnel compulsif

Keywords:
Clinical case
Obsessive compulsive disorder
Trichobezoar
Trichophagia
Trichotillomania

RÉSUMÉ

Introduction. – La trichotillomanie désigne un comportement répétitif qui consiste à s'arracher ses propres cheveux, parfois jusqu'à épiler des zones entières du cuir chevelu, entraînant une alopecie manifeste. Les sujets atteints de trichotillomanie peuvent jouer avec et/ou ingérer les poils arrachés ; c'est la trichophagie. La prévalence de ce trouble est difficile à estimer, variant selon les auteurs et les critères utilisés dans les études. Ce trouble serait assez commun et toucherait, selon les études, environ 1 à 2 % de la population, préférentiellement les femmes, les enfants et les adolescents.

Cas. – Nous illustrons une clinique de la trichotillomanie, associée à la trichophagie, au travers du cas d'une jeune femme de 25 ans, qui est prise en charge en urgence pour une anémie profonde associée à une asthénie. Les explorations cliniques et paracliniques mettent en évidence un volumineux trichobézoard, provoqué par une agglomération de cheveux liée à des comportements répétés et anciens d'arrachage et d'ingestion de cheveux. La prise en charge initiale du trouble est chirurgicale, avant une orientation vers la psychiatrie de liaison.

Discussion. – La trichotillomanie est parfois considérée comme un trouble obsessionnel compulsif. Certains auteurs s'accordent pour considérer que la trichotillomanie présente tous les critères d'une addiction comportementale. La discussion tente de mettre en évidence les différents problèmes que soulève cette entité clinique tant sur le plan psychopathologique qu'au niveau de sa position au sein de la nosographie.

Conclusion. – La trichotillomanie est un trouble peu étudié, dont la prévalence est probablement sous-estimée ; sa clinique peut s'inscrire dans plusieurs champs de la psychopathologie.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Introduction. – Trichotillomania refers to a repetitive behaviour, which consists in pulling out one's own hair, sometimes so far as removing the hair on entire zones of the scalp, which leads to an obvious alopecia. The subjects suffering from trichotillomania may play with or ingest the hairs pulled out; this is what is called trichophagia. The prevalence of this disorder is difficult to evaluate and varies according to the authors and to the criteria used in studies. This disorder might not be uncommon and affect, according to studies, about 1 to 2% of the population, preferentially wives, children and adolescents.

Case. – We illustrate a clinical case of trichotillomania combined with trichophagia, through the case of a young woman aged 25 years, who is admitted to the emergency department because of a deep anaemia, associated with asthenia. The clinical and paraclinical explorations reveal a voluminous trichobezoar, caused by a hair conglomeration, linked with repeated and old behaviours of pulling out and ingesting her hairs. The initial decision for treating the disorder is surgical, before an orientation to connection psychiatry.

Discussion. – Trichotillomania is sometimes considered as an obsessional compulsive disorder. Some authors agree with each other in considering that trichotillomania shows all the criteria of a behavioural

* Auteur correspondant.
Adresse e-mail : daudin.m@wanadoo.fr (M. Daudin).

addiction. The discussion tries to reveal the various problems raised by this clinical entity – both on the psychopathological level and on its position within the nosography.

Conclusion. – Trichotillomania is a little studied disorder, the prevalence of which is probably underestimated; its clinical study may fall within the scope of several fields of psychopathology.

© 2017 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

La trichotillomanie désigne un comportement répétitif qui consiste à manipuler voire à s'arracher ses propres cheveux, parfois jusqu'à épiler des zones entières du cuir chevelu, entraînant une alopecie manifeste. Les personnes souffrant de ce trouble consultent essentiellement des dermatologues, ce qui en fait un comportement qui n'est pas « familial » pour le psychiatre. Les sujets atteints de trichotillomanie peuvent également jouer avec et/ou ingérer les cheveux arrachés ; c'est la trichophagie. Cela peut engendrer des perturbations digestives, liées à la formation d'un trichobézoard, agglomérat de nœuds de cheveux emmêlés qui obstrue la lumière de l'estomac et de l'intestin. Ce phénomène rare, aussi appelé syndrome de Raiponce, en référence à la princesse aux cheveux longs du conte des frères Grimm, nécessite parfois l'intervention d'un chirurgien. Comment le psychiatre peut-il articuler son action avec celle des somaticiens ? La clinique de ce trouble peut s'inscrire dans plusieurs champs de la psychopathologie, que l'on se propose d'éclaircir au travers de cette communication. Les aspects thérapeutiques sont également abordés.

2. Cas clinique

Mademoiselle L est une femme de 25 ans, étudiante en communication, qui consulte aux urgences de l'hôpital d'instruction des armées Percy pour une anémie sévère à 4,8 g/dL, découverte lors d'un bilan d'asthénie. Elle présente à l'examen clinique une masse abdominale. Elle est hospitalisée en médecine pour exploration de cette anémie microcytaire ferriprive. Une fibroscopie œsogastroduodénale met en évidence un volumineux trichobézoard (Fig. 1). Un scanner abdominal avec opacification (Fig. 2 et 3) est effectué pour compléter le bilan.

Il est mis en évidence deux corps étrangers présentant des poches d'air sans prise de contraste, typiques de bézoards. Le

diagnostic d'anémie ferriprive par irritation gastrique sur trichobézoard est retenu. Un traitement chirurgical par gastrotomie est réalisé (Fig. 4 et 5).

Une prise en charge psychiatrique est proposée dans un deuxième temps à cette patiente. Les modalités de rencontre avec elle sont assez inédites. Lorsque le chirurgien nous contacte, il souligne le caractère « extraordinaire » du tableau clinique, et nous montre d'emblée les photos du « corps étranger interne », qui constitue la preuve des troubles de la patiente, qu'elle dénie initialement. Elle finit cependant par admettre ses comportements de trichotillomanie et de trichophagie associée. Plus étonnant, elle nous rapporte avoir déjà subi une intervention chirurgicale quatre ans auparavant pour une « masse de cheveux », révélée par un syndrome subocclusif, associant douleurs abdominales et vomissements. À propos de cet épisode, elle fait remarquer que le chirurgien lui avait fait une « très belle » cicatrice, devenue chéloïde au fil du temps, ce qui la contraint à porter des maillots de bain une pièce. Elle a à cœur de « cacher cette cicatrice », pour « éviter les questions ». Une prise en charge psychiatrique avait été proposée, non poursuivie. Mademoiselle L. décrit une reprise rapide des troubles du comportement après l'intervention.

Elle s'exprime peu au premier abord, n'a pas de plainte – si ce n'est qu'elle trouve ses parents peu présents – et décrit une « légère » fatigue qu'elle met en lien avec des règles abondantes. Il s'agit d'une jeune femme mince, d'une grande beauté, mesurant 1,74 mètre pour un poids de 54 kilos (IMC à 17,8). Nous ne remarquons pas d'alopecie évidente. Elle ne rapporte pas de troubles du comportement alimentaire de type anorexie ni boulimie, pas de consommation de substances psychoactives, pas d'aménorrhée (sans pilule). L'examen ne retrouve pas d'éléments cliniques du registre dépressif ni de manifestations anxieuses, pas de symptômes délirants.

Le début de la trichotillomanie a débuté vers 15 ans, à une période où Mademoiselle L. ne se sentait pas bien, du fait de conflits avec sa mère. Elle se souvient bien de sa « première crise ». Sa mère lui faisait des remarques désobligeantes sur sa minceur. Elle portait des manches longues pour cacher ses bras qu'elle trouvait trop minces, très complexée par sa silhouette. Elle décrit un apaisement dans l'arrachage des cheveux, par la douleur provoquée par ce geste. Petit à petit ces comportements se sont répétés sans qu'elle s'en rende bien compte. Elle mettait ensuite ses cheveux à la poubelle ; puis elle s'est mise à les ingurgiter, « des petites pelotes que je cachais à ma mère », pour ne pas que sa mère les trouve à la poubelle, créant alors paradoxalement des plaques d'alopecie pourtant facilement repérables, à l'origine d'un vécu de honte. Elle décrit des mouvements de bouche, des « ruminations ». Ce qui alimentait des nouvelles remarques de sa mère, du type « va manger tes cheveux ». Elle nous confie se sentir en permanence sous la surveillance de sa mère. Ces difficultés de communication avec sa mère l'ont amenée à « garder beaucoup de choses pour elle. Il y avait tellement de problèmes à la maison que je ne pouvais pas parler ».

Mademoiselle L. parle spontanément de sa famille, de son père, qu'elle trouve trop distant, de sa mère qui est soignante auprès d'enfants présentant des troubles mentaux. Elle évoque pudiquement les circonstances de sa naissance ; sa mère est tombée rapidement enceinte après un avortement. Son père était absent le jour de sa naissance, mais Mademoiselle L. précise qu'elle ne se

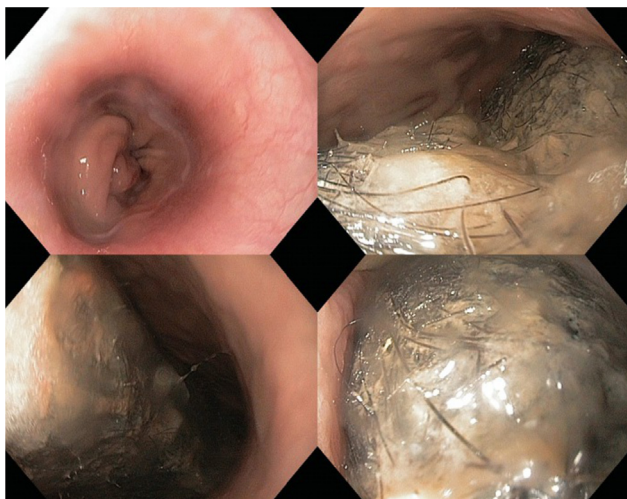


Fig. 1. Fibroscopie œsogastroduodénale : Mise en évidence d'un volumineux trichobézoard.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/6785567>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/6785567>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)