

# Dysmorphophobie\*

Emmanuel RACY\*\*

Fondation Saint Jean de Dieu, Clinique Oudinot, 19 rue Oudinot, 75007 Paris, France

## MOTS CLÉS :

Dysmorphophobie /  
Chirurgie orthognathique /  
Trouble psychiatrique

## KEYWORDS:

*Dysmorphic disorder /  
Orthognathic surgery /  
Psychiatric disorder*

## RÉSUMÉ

– Le terme dysmorphophobie est un terme psychiatrique pour définir la crainte obsessionnelle d'être laid ou malformé. La chirurgie orthognathique peut entraîner une modification du visage des patients opérés avec un degré variable, mais il est classique de noter que certains patients ont du mal à s'habituer à cette modification, soit en rapport avec l'image que leur renvoie le miroir, soit par les remarques de leurs proches. Parfois, l'impact psychologique de cette transformation est beaucoup plus important que la modification réelle, c'est pour ce type de souffrance psychologique inadaptée que s'applique le terme de dysmorphophobie. C'est le devoir des praticiens (orthodontistes et chirurgiens) de dépister les patients qui donnent, dès les premières consultations, des signes de fragilité psychologique afin soit de les dissuader de choisir une chirurgie avec un potentiel de transformation important, soit de les accompagner, aidé par un professionnel (psychologue, psychothérapeute), vers une acceptation de ces transformations.

## ABSTRACT

– **Dysmorphic disorder.** *The term “dysmorphic disorder” is used in psychiatry to define an obsessive fear of being ugly or deformed. Orthognathic surgery can entail varying degrees of facial change in patients. However, it is widely acknowledged that some patients find it difficult to adjust to the changes, either as a result of what they see in the mirror or of comments from those around them. Occasionally, the psychological impact of the transformation exceeds the extent of the modification itself. The term “dysmorphic disorder” is applied to this type of psychological suffering due to an inability to adapt. It is the duty of practitioners (orthodontists and surgeons) to screen patients who show signs during their first appointments of psychological fragility in order either to dissuade them from choosing a surgical route involving a high potential for transformation or to assist them, with professional support from a psychologist or psychotherapist, towards accepting the change.*

## 1. Introduction

La dysmorphophobie ou dysmorphobie est la crainte obsessionnelle d'être laid ou malformé.

Pour les psychiatres rédacteurs des manuels diagnostiques et statistiques des troubles mentaux (DSM ou *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) successifs, c'est un trouble psychologique caractérisé par une préoccupation ou une obsession concernant un défaut dans l'apparence, fût-ce une

imperfection légère réelle (taches de rousseur, grand nez, peau marbrée, rides, acné, cicatrices), voire délirante.

À chaque tranche d'âge, les risques et les formes que peuvent prendre cette dysmorphophobie sont différents et doivent être abordés avec clairvoyance.

## 2. La dysmorphophobie

La dysmorphophobie n'est pas une maladie en soi mais un symptôme qui peut s'intégrer ou non dans une maladie psychiatrique plus complexe.

Les deux maladies psychiatriques qui peuvent le plus intégrer ce symptôme sont la schizophrénie

\* Retrouvez l'intégralité de la communication orale d'Emmanuel Racy le samedi 14 mai 2016 lors de la 88<sup>e</sup> réunion scientifique de la SFODF à Marseille.

\*\* Auteur pour correspondance : [emmanuelracy@gmail.com](mailto:emmanuelracy@gmail.com)

qui rentre dans le cadre des maladies psychotiques graves et la névrose obsessionnelle.

### 2.1. La schizophrénie

La schizophrénie est une maladie lourde qui est en général prise en charge en milieu hospitalier avec des médicaments puissants (les neuroleptiques, véritables camisoles chimiques). Dans les cas graves, les patients schizophrènes consultent rarement un orthodontiste ou un chirurgien maxillo-facial pour un problème d'occlusion ou de dysmorphose maxillo-faciale, car le tableau clinique est trop lourd et la vie sociale trop impactée. Toutefois, un patient présentant une schizophrénie traitée et stabilisée, parfaitement suivie dans un service de psychiatrie, peut manifester l'envie d'une correction d'un trouble occlusal.

C'est tout l'intérêt du questionnaire médical de première consultation qui permet de définir les antécédents médicaux. Si le patient omet, volontairement ou non, de notifier sa maladie psychiatrique, c'est par les médicaments que l'on peut la retrouver. Un médicament au nom inhabituel doit déclencher une recherche sur le dictionnaire Vidal afin de s'assurer de sa fonction.

Si le patient paraît stable et comprend parfaitement les explications données au sujet d'un traitement orthodontique ou d'un protocole orthodontico-chirurgical, il paraît impératif de contacter le psychiatre responsable du patient pour faire valider le protocole, non seulement en termes de qualité de suivi et d'observance des traitements, mais aussi devant le risque de la décompensation éventuelle de la maladie psychiatrique par un changement structurel du visage plus radical.

### 2.2. La névrose obsessionnelle

Elle pose beaucoup plus de problèmes de dépistage et de prise en charge. En effet, c'est parfois une maladie envahissante qui peut paraître évidente (nombreux tocs, comportement social évidemment pathologique), mais c'est le plus souvent un simple trait de caractère qui peut ne se révéler ou se décompenser qu'après l'intervention chirurgicale.

Un patient peut tout à fait n'avoir fait preuve d'aucun signe de névrose obsessionnelle avant la chirurgie et déclencher une grave névrose obsessionnelle de type dysmorphophobique dans les jours ou les semaines qui suivent la chirurgie.

En général, il y a un décalage entre la chirurgie et les premiers symptômes dysmorphophobiques, car le gonflement post-opératoire est communément perçu par tous les patients comme transitoire.

C'est souvent après le premier mois post-opératoire que le patient dévoile ce trait de caractère obsessionnel qui peut alors devenir envahissant.

C'est la conséquence potentielle de toute chirurgie du visage. C'est une complication classique de la rhinoplastie, des blépharoplasties, du lifting et bien sûr de la chirurgie maxillo-faciale, en particulier orthognathique.

Pourquoi cette focalisation majeure de l'attention sur le visage ? Tout simplement parce qu'on se lève tous les matins en se regardant dans une glace ! Des seins asymétriques, une vilaine cicatrice d'abdominoplastie se cachent facilement et s'oublient *ipso facto* mais un visage vous saute aux yeux tous les matins et vous poursuit tout au long de la journée, reflet obsédant s'il est mal vécu.

Il y a deux types de dysmorphophobie obsessionnelle : la cohérente et l'incohérente.

#### 2.2.1. La dysmorphophobie cohérente

La dysmorphophobie cohérente est la réelle perception d'une modification de son visage liée à une modification majeure de son visage. C'est en général l'apanage des chirurgies très transformantes (chirurgie trimaxillaire en général) et il est bien logique que le patient mette un certain temps à s'habituer à son nouveau visage. Il faut dans ce cas :

1. qu'il ait été prévenu de changement radical, par une information éclairée pré-opératoire, parfois par une simulation sur photographie de ce changement (qui est à double tranchant surtout si le projet pré-opératoire ne ressemble pas au résultat final) ;
2. l'accompagner dans la période post-opératoire tardive par une prise en charge psychologique, voire psychiatrique dans la période de doute et de dysmorphophobie qui est en général transitoire. Dans ce cadre, l'hypnose eriksonienne peut être un réel apport pour « lâcher prise » et accepter ce nouveau visage.

#### 2.2.2. La dysmorphophobie incohérente

La dysmorphophobie incohérente est beaucoup plus difficile à prendre en charge, car elle correspond

à la perception délirante d'anomalies de transformation du visage du patient que le praticien (orthodontiste ou chirurgien) n'arrive pas à percevoir ou qui est considérée comme minime. Cela veut dire que le patient est sorti de la perception rationnelle et qu'il perçoit une réalité subjective obsédante de la transformation de son visage. C'est en général la manifestation d'une angoisse profonde, d'un syndrome dépressif masqué et larvé qui va se démasquer par ce symptôme. Le problème est que le patient refuse dans la plupart des cas de consulter un psychologue ou un psychiatre, car il considère que les autres ne le comprennent pas et qu'il est certain que son visage a été terriblement transformé. Souvent, le patient devient agressif et entame une procédure judiciaire de réparation contre son orthodontiste ou son chirurgien, car il s'estime victime d'une transformation inacceptable.

Dans ce cas, il n'y a pas d'autre choix que de subir cette procédure. L'expertise qui sera faite par un autre praticien (l'expert de l'assurance) peut parfois désamorcer la dymorphophobie obsessionnelle, ou l'aggraver si le patient se sent victime d'un complot

du corps médical contre sa personne (paroxysme délirant de la dymorphophobie).

### 3. Conclusion

Dans tous les cas, notre rôle est double : dépister et accompagner.

Chaque praticien développe au cours de sa carrière des capacités d'analyse psychologique, même si la psychologie clinique ne fait malheureusement pas partie des certificats obligatoires lors des études médicales et dentaires.

La première consultation est un moment privilégié de prise de contact et devra permettre de définir le profil psychologique de chaque patient, en particulier dans le cadre d'un protocole orthodontique et chirurgical.

Le niveau d'anxiété, d'agressivité et les petits symptômes qui font penser qu'il existe un terrain de névrose obsessionnel sont autant de signaux d'alerte qui doivent soit faire renoncer au protocole, soit faire réaliser un suivi psychologique avant, pendant et après la chirurgie.