UNIVERSITE DE STRASBOURG

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

ANNEE 2023 N°59

THESE

Présentée pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire
le 26/09/2023

par

PERIN Eloïse
Née le 16/05/1993 à COLMAR

CONDUITE À TENIR FACE À UN PATIENT SOUFFRANT DE TROUBLE DYSMORPHIQUE CORPOREL AU CABINET DENTAIRE

Président : Professeur OFFNER Damien
Assesseurs : - Professeur MUSSET Anne-Marie
- Docteur ETIENNE Olivier
- Docteur WILLMANN Claire

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE DE STRASBOURG

Doyen : Professeur Florent MEYER
Doyens honoraires : Professeur Maurice LEIZE
Professeur Youssef HAIKEL
Professeur Corinne TADDEI-GROSS
Professeurs émérites : Professeur Henri TENENBAUM
Professeur Anne-Marie MUSSET
Responsable des Services Administratifs : Mme Marie-Renée MASSON

Professeurs des Universités

Vincent BALL	Ingénieurie Chimique, Energétique - Génie des Procédés
Agnès BLOCH-ZUPAN	Sciences Biologiques
François CLAUSS	Odontologie Pédiatrique
Jean-Luc DAVIDEAU	Parodontologie
Youssef HAÏKEL	Odontologie Conservatrice - Endodontie
Olivier HUCK	Parodontologie
Sophie JUNG	Sciences Biologiques
Marie-Cécile MANIERE	Odontologie Pédiatrique
Florent MEYER	Sciences Biologiques
Maryline MINOUX	Odontologie Conservatrice - Endodontie
Damien OFFNER	Prévention - Epidémiologie - Economie de la Santé - Odontologie Légale
Corinne TADDEI-GROSS	Prothèses
Béatrice WALTER	Prothèses
Matthieu SCHMITTBUHL *Délégation (Juin 2024)*	Sciences Anatomiques et Physiologiques,Occlusodontiques - Biomatériaux - Biophysique - Radiologie

Maîtres de Conférences

Youri ARNTZ	Biophysique moléculaire
Sophie BAHI-GROSS	Chirurgie Buccale - Pathologie et Thérapeutique - Anesthésiologie et Réanimation
Yves BOLENDER	Orthopédie Dento-Faciale
Fabien BORNERT *Disponibilité (Nov. 2023)*	Chirurgie Buccale - Pathologie et Thérapeutique - Anesthésiologie et Réanimation
Claire EHLINGER	Odontologie Conservatrice - Endodontie
Olivier ETIENNE	Prothèses
Gabriel FERNANDEZ DE GRADO	Prévention - Epidémiologie - Economie de la Santé - Odontologie Légale
Florence FIORETTI	Odontologie Conservatrice - Endodontie
Catherine-Isabelle GROS	Sciences Anatomiques et Physiologiques - Biophysique - Radiologie
Nadia LADHARI *Disponibilité (Déc. 2023)*	Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques - Biomatériaux - Biophysique
Davide MANCINO	Odontologie Conservatrice - Endodontie
Catherine PETIT	Parodontologie
François REITZER	Odontologie Conservatrice - Endodontie
Martine SOELL	Parodontologie
Marion STRUB	Odontologie Pédiatrique
Xavier VAN BELLINGHEN	Prothèses
Delphine WAGNER	Orthopédie Dento-Faciale
Etienne WALTMANN	Prothèses

Au Professeur Anne-Marie MUSSET,

Par votre grande humanité et votre soutien indéfectible vous m'avez aidé à mener à bien mon parcours hospitalo-universitaire et vous m'offrez aujourd'hui le cadeau de prendre part à mon jury de thèse, ce dont je suis profondément honorée.
A présent les mots me manquent pour exprimer mon immense gratitude.
Merci pour votre écoute, la disponibilité dont vous avez fait preuve à mon égard malgré vos nombreuses obligations. Merci de m'avoir toujours bien conseillé, guidé et réconforté.

Au Professeur Damien OFFNER,

Durant mes années d’études vous vous êtes montré disponible et juste.
J’ai été touchée par votre capacité à rester proche de vos étudiants tout en adoptant toujours une attitude professionnelle ce qui a fait de vous un Professeur avec lequel il était très agréable d’apprendre l’art de la dentisterie.
Merci pour votre douceur et votre bienveillance dans toutes nos interactions, qui ont eu un impact positif dans ma scolarité.

Au Docteur Olivier ETIENNE,

Je me souviens de votre cours sur les mock-up virtuels dans lequel vous faisiez la distinction entre le beau et l'idéal. J'ai été touchée par cette nuance dont vous étiez le seul à parler. C'est à ce moment que j'ai su que je voulais travailler sur la perception qu'a le patient de l'apparence de son sourire et vous m'avez suggéré le Trouble Dysmorphique Corporel.
Grâce à vous j'ai pu découvrir une pathologie passionnante et peu connue.
Merci pour vos cours, votre approche de la dentisterie esthétique qui me touche beaucoup et vos précieux conseils.

Au Docteur Claire WILLMANN,

Vous avez été pour moi une directrice de thèse parfaite et c’est avec toute ma gratitude que je vous adresse ces quelques mots.
J’ai conscience que mon parcours n’a pas toujours été linéaire ni des plus rapide et vous avez fait preuve d’une grande patience à mon égard malgré mes longs mois de silence.
Par votre réactivité et votre disponibilité, vous m’avez guidé à chaque étape, répondant à mes (nombreuses) questions et accueillant mes préoccupations avec une grande bienveillance.
Merci de m’avoir accompagné dans cette aventure avec autant de bienveillance et merci pour votre soutient sans faille. Merci pour votre aide précieuse et pour votre douceur.

A ma famille et à mes ami(e)s,

Pour tous ces moments partagés, de joie, de pleurs et de rire, merci.

Pour vos conseils, votre soutient, vos remises en question et votre confiance, merci.

J’ai la chance d’avoir une vie riche d’expériences précieuses qui font de moi la personne que je suis aujourd’hui et c’est aussi grâce à vous.

Avec tout mon amour, merci.

UNIVERSITE DE STRASBOURG

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

ANNEE 2023 N°59

THESE

Présentée pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire
le 26/09/2023

par

PERIN Eloïse
Née le 16/05/1993 à COLMAR

CONDUITE À TENIR FACE À UN PATIENT SOUFFRANT DE TROUBLE DYSMORPHIQUE CORPOREL AU CABINET DENTAIRE

Président : Professeur OFFNER Damien
Assesseurs : - Professeur MUSSET Anne-Marie
- Docteur ETIENNE Olivier
- Docteur WILLMANN Claire

TABLES

Table des matières

INTRODUCTION.....10

Première partie Le Trouble Dysmorphique Corporel 13

I. Généralités : 14

1. Définition : 14

2. Histoire : 14

3. Différentes formes : 17

4. Épidémiologie : 18

5. Étiologie : 19

a. Facteurs génétiques : 19

b. Facteurs neurologiques : 20

Anomalie fonctionnelle du traitement visuel : 20

Défaut de substance blanche : 21

Anomalie du système de traitement des émotions : 22

c. Facteurs neurochimiques : 23

Système sérotoninergique : 23

Système dopaminergique : 24

d. Facteurs environnementaux : 25

Facteur sociaux culturels : 26

Environnement familial : 26

Violences infantiles et négligences : 27

Médias : 27

II. Tableau clinique : 28

1. Manifestations et symptômes : 28

a. Caractéristiques cliniques : 28

b. Compulsions : 29

c. Évitement : 30
d. Pathological Skin Picking : 30
e. Peur du rejet : 30
f. Pensées suicidaires : 31
g. Agressivité : 31
2. Troubles associés (comorbidités) : 32
a. Trouble Dépressif Majeure (TDM) : 32
b. Trouble de l'Anxiété Sociale (TAS) : 32
c. Trouble Obsessionnel Compulsif (TOC) : 33
d. Abus de Substances : 33
3. Troubles du Comportement Alimentaire (TCA) : 34
4. Diagnostic différentiel : 34
a. Préoccupation normale concernant l'apparence et présence de défauts physiques clairement visibles : 34
b. Trouble du Comportement Alimentaire (TCA) : 35
c. Trouble Obsessionnel Compulsif (TOC) et apparentés : 35
d. Crainte excessive d'avoir une maladie : 35
e. Trouble Dépressif Majeur (TDM) : 35
f. Troubles Anxieux : 35
g. Troubles Psychotiques : 36
III. Classification et Diagnostic : 36
1. Classification : 36
2. Diagnostic : 36
3. Mesure de la gravité globale du trouble : 37
a. Le Yale Brown Obsessive Compulsive Scale modified for Body Dysmorphic Disorder (BDD-YOBCS) : 37
b. Le Body Dismorphic Disorder Examination (BDDE) : 38
c. Le Body Dysmorphic Disorder Symptom Scale (BDD-SS) 38

4. Mesure de l'importance des symptômes du trouble : 39
a. Le Brown Assessment of Belief Scale (BABS) : 39
b. Le Overvalued Ideas Scale (OVIS) : 39
c. Le Appearance Anxiety Inventory (AAI) : 39
5. Dépistage et diagnostic : 40
a. Le Body Dysmorphic Disorder Questionnaire (BDDQ) : 40
b. Le Body Image Disturbance Questionnaire (BIDQ) : 40
c. Le Dysmorphic Concern Questionnaire (DCQ) : 40
d. Le Body Image Quality of Life Inventory (BIQLI) : 41
Deuxième partie Prise en Charge d'un patient atteint de Trouble Dysmorphique Corporel au Cabinet Dentaire 42
I. Le Trouble Dysmorphique Corporel et les soins esthétiques : 43
1. Prévalence : 43
2. Comportement du patient souffrant de Trouble Dysmorphique Corporel : ..44
a. Insatisfaction : 44
b. Violence : 45
c. Activités illégales : 46
3. Éthique : 46
a. La notion de consentement éclairé : 46
b. Trouble Dysmorphique Corporel diagnostiqué : 48
c. Trouble Dysmorphique Corporel non diagnostiqué : 48
II. Abord du patient et analyse de la demande : 48
1. Motif de consultation : 49
2. Signes d'appel : 49
a. Manifestations du Trouble Dysmorphique Corporel : 50
b. Comorbidités : 50
c. Situation sociale et familiale : 51

d. Shopping médical 51
3. Dépistage : 51
a. Le Body Image Disturbance Questionnaire : 52
b. Le Dysmorphic Concern Questionnaire : 56
c. Autres questionnaires : 58
III. Réponses à apporter au cabinet dentaire : 59
1. Parcours de soins du patient : 59
2. Avis favorable à la demande de soins esthétiques : 61
3. Abstention thérapeutique : 62
IV. Adresser le patient pour une prise en charge psychiatrique : 63
1. Adresser le patient : 63
a. Expliquer au patient son trouble : 64
b. Convaincre le patient : 65
c. Difficultés pour le chirurgien-dentiste d'adresser son patient : 66
2. Enjeux de la prise en charge psychiatrique : 66
3. Psychoéducation : 67
4. Entretien motivationnel : 67
5. La Thérapie Cognitivo-Comportementale (TCC) : 69
6. Prise en charge médicamenteuse : 70
a. Les Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine (ISRS) : 71
Mécanismes d'action : 71
Indication et effets secondaires des ISRS dans le traitement du TDC : 72
b. Les Antidépresseurs tricycliques : la Clomipramine : 74
Mécanisme d'action : 74
Indication et effets secondaires de la clomipramine dans le traitement du Trouble Dysmorphique Corporel : 74
V. Réévaluation de la demande esthétique : 75

Conclusion 76

Références Bibliographiques 78

Annexes 87

Table des figures

Figure 1 : Première et dernière page de l'article de Morselli sur la taphéphobie et la dysmorphophobie 15

Figure 2 : Relation entre la Dysmorphophobie, les états délirants, hypochondriaques et mélancolique par Enrico Morselli (1891) 16

Figure 3 : Extrait du livre « Les obsessions et la psychasthénie » par Dr Janet et Dr Raymond 16

Figure 4 : Stimuli de Navon 21

Figure 5 : Résultats morphométriques de quantification de la matière blanche chez les sujets atteints de TDC (24) 22

Figure 6 : Schéma d'interférence de Stroop 23

Figure 7 : Schéma représentant le striatum en rouge (28) 25

Figure 8 : Body Image Disturbance Questionnaire (68) 54

Figure 9 : Dysmorphique Concern Questionnaire 57

Figure 10 : Arbre décisionnel de la prise en charge des patients demandant des améliorations esthétiques d'après Martin James and al. (75) 60

Figure 11 : Couverture du livre « the broken mirror » de Katherine A Phillips 65

Figure 12 : Couverture du livre « Les défauts physiques imaginaires » de Jean Tignol 65

Figure 13 : Les différences de perception de l'apparence physique entre un patient atteint de TDC et un individu sain (86) 67

Figure 14 : Mécanisme d'action des ISRS 72

Figure 15 : Dosage efficace des médicaments utilisés pour soigner le TDC (103) ... 73

Liste des abréviations :

5-HT : 5-hydroxytryptamine
5-HTP : 5 hydroxytryptophane
AAI : appearance anxiety inventory
AMM : autorisation de mise sur le marcher
BABS : Brown assessment of belief scale
BDD : body dysmorphic disorder
BDDE : body dismorphic disorder examination
BDDQ : body dismorphic disorder questionnaire
BDD-SS : body dysmorphic disorder symptom scale
BDD-YOBCS : Yale Brown obsessive compulsive scale modified for body dysmorphic disorder
BIDQ : body image disturbance questionnaire
BIQLI : body image quality of life inventory
DCQ : dysmorphic concern questionnaire
DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
(GABA)A-y2 : acide gamma-aminobutylique
IRM : imagerie à résonnance magnétique
ISRS : inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine
OVIS : overvalued ideas scale
PSP : pathological skin picking
SERT : transporteur hautement sélectif de la sérotonine
TAS : trouble anxieux sévère
TCA : trouble du comportement alimentaire
TCC : thérapie cognitivo-comportementale
TDC : trouble dysmorphique corporel
TDM : trouble dépressif majeur
TEP : tomographie par émission de positons
TOC : trouble obsessionnel compulsif
Y-BOCS : Yale Brown obsessive compulsive scale

INTRODUCTION

La beauté est un concept abstrait. L'objet observé est « beau » si l'expérience sensorielle ou intellectuelle de celui qui le voit procure à ce dernier un sentiment de satisfaction ou de plaisir. Ainsi, la beauté nait d'une perception de l'objet qui va provoquer une émotion chez l'observateur.

A ce sujet le philosophe écossais du 18ème siècle David Hume définissait la beauté en ces termes : « *La beauté n'est pas une qualité inhérente aux choses elles-mêmes, elle existe seulement dans l'esprit qui la contemple, et chaque esprit perçoit une beauté différente* ». Près de 100 ans plus tard, Oscar Wilde reprend la même idée avec sa célèbre phrase : « *La beauté est dans les yeux de celui qui regarde* ».

Lorsqu'il s'agit de l'apparence physique, l'idéal de beauté est largement influencé par le contexte historique auquel il appartient. Par exemple, l'Égypte antique prône les corps minces et les visages symétriques, la Grèce antique les corps musclés et la renaissance les corps pulpeux et le teint pâle, …

Au début du 20ème siècle, avec Marylin Monroe, les standards de beauté deviennent étroitement liés à des icones à l'origine de tendances. Dès lors, au travers des différents médias et de la publicité, la société met en avant un idéal de beauté presque inatteignable.

L'idée que la beauté du corps et de l'apparence est nécessaire à l'épanouissement personnel et au bien-être est omniprésente dans notre quotidien et peut se traduire pour certains par le souhait de modifier un ou plusieurs aspects de leur apparence. Selon les études, on estime en effet que 20% à 40% des femmes et 10% à 30% des hommes sont insatisfaits de leur corps.

Cependant, lorsque la préoccupation du sujet pour son apparence physique devient déraisonnée et exacerbée, on bascule dans un trouble psychiatrique : la peur d'une dysmorphie corporelle, anciennement appelée dysmorphophobie. Ce trouble, dont les patients n'ont souvent pas conscience, et qui touche environ 2% de la population, se caractérise par l'obsession que peut avoir une personne pour un défaut imaginaire ou très léger d'une ou plusieurs parties de son corps. Cette pathologie est particulièrement présente dans les cabinets de médecine esthétique où, d'après les

études, elle touche de 5% à 15% des patients qui consultent en chirurgie plastique, dermatologie et stomatologie.

Encore méconnu, le Trouble Dysmorphique Corporel mérite une attention particulière de la part des chirurgiens-dentistes qui sont amenés à répondre à des demandes esthétiques, souvent justifiées, mais qui, si elles revêtent un caractère pathologique non détecté, peuvent entraîner des conséquences significatives et préjudiciables autant pour le patient (augmentation des symptômes de la pathologie, de l'angoisse, vulnérabilité financière) que pour le praticien (comportement agressif de patients mécontents, litige juridique voir condamnation pour non prise en compte du problème psychiatrique du patient).

Dans ce travail, nos objectifs sont de décrire le Trouble Dysmorphique Corporel, de comprendre comment le dépister, notamment par le biais de questionnaires et de proposer un protocole de prise en charge médical et médico-légal de ces patients au cabinet dentaire dans le but de respecter au mieux l'un des principes fondamentaux de notre profession de chirurgien-dentiste : "primum non nocere".

Nous consacrerons la première partie de cette thèse à la description du trouble, à son histoire ainsi qu'à la manière dont il affecte les patients. Nous verrons également comment le diagnostiquer.
Dans une seconde partie, nous aborderons les enjeux thérapeutiques de ce trouble, sa prise en charge, et plus particulièrement, la conduite à tenir face aux patients atteints de Trouble Dysmorphique Corporel au cabinet dentaire.

Première partie

Le Trouble Dysmorphique Corporel

I. Généralités :

1. Définition :

Le Trouble Dysmorphique Corporel (TDC) ou « Peur d'une Dysmorphie Corporelle » (Body Dysmorphic Disorder (BDD) en anglais) est un trouble psychiatrique relativement courant.
Les patients atteints par ce trouble sont préoccupés par l'idée qu'un aspect de leur apparence physique soit déformé, incorrect ou inesthétique. Ils sont victimes d'une obsession excessive et dérangeante pour un défaut mineur ou inexistant de leur corps. Souvent, ils n'ont pas conscience de la nature pathologique de l'aversion qu'ils portent à leur image. C'est pourquoi ces patients auront davantage tendance à consulter un chirurgien ou autres praticiens esthétiques qu'un psychiatre (1).
En tant que praticiens de santé, nous devons rester vigilent pour pouvoir différencier une demande justifiée d'une demande pathologique de soins esthétiques (2).

2. Histoire :

Le terme « Dismorfofobia » (Dysmorphophobie en français), du latin « *dys* » (mauvaise) « *morpho* » (forme) « *phobie* » (peur, angoisse) a été employé pour la première fois en 1891 par Enrico Morselli dans son article *« Sulla Dismorfofobia e sulla Tafefobia due forme non per anco descritte di Pazzia con fisse »* pour décrire le mal-être de certains patients torturés par les idées obsédantes qu'ils ont à cause d'une perception imaginaire de leur apparence (nb, la Taféphobie est la peur d'être enterré vivant) (3,4).
Il y décrit le trouble de la manière suivante : *« Le patient dysmorphophobe est vraiment misérable ; au milieu de ses routines quotidiennes, des conversations, en lisant, pendant les repas, en fait partout et à tout moment, il est envahi par la peur de la difformité... qui peut atteindre une intensité très douloureuse, jusqu'au point de pleurer de désespoir » (5).*

Sulla Dismorfofobia e sulla Tafefobia
due forme non per anco descritte di Pazzia con idee fisse.

Nota del Socio ordinario Prof. ENRICO MORSELLI, **Direttore della Clinica delle malattie mentali.**

Alle varie forme sintomatiche assunte dalla Pazzia con idee fisse e il cui carattere fondamentale consiste nella fobia che le accompagna, esso ha aggiungerne, secondo le mie osservazioni di questi ultimi anni, due non ancora descritte da alcun alienista, o, per lo meno, poco conosciute. Esse sarebbero la dismorfofobia e la tafefobia, due denominazioni nuove che io mi permetto di proporre per la prima volta, ma che sono costruite secondo le norme generalmente adottate dai migliori trattatisti.

La prima consiste nell'insorgere improvviso e nello stabilirsi davanti alla coscienza dell'idea della propria deformità; l'individuo teme di essere divenuto o di poter divenire deforme (δυσμορφος, deforme) e prova a questa rappresentazione una angoscia indicibile (φόβος, timore). La seconda, o tafefobia, consiste, invece, in ciò che l'ammalato è inclinato dal dubbio di poter essere seppellito ancora vivo quando gli avverrà di avvicinarsi alla morte (ταφή, sepoltura), ed il dubbio gli ecciti pure un'angoscia terribilmente penosa. Parmi inutile dare una descrizione particolareggiata delle due nuove forme di paranoia rudimentaria da me scoperte e denominate; non farò che riportare quanto si trova longamente scritto intorno alle loro manifestazioni, che son già tanto numerose e svariate, nei libri, e cui Non indico naturalmente nulla degli altri caratteri clinici, sui quali reputo inutile insistere; ma per isplegar meglio il mio concetto dirò che il dismorfofobico sta all'ipocondriaco, che investiga lo stato fisico del proprio organismo, e il tafefobico sta al melanconico, che teme la morte, negli stessi identici rapporti che il rupofobico ha col pazzo affetto da delirio di avvelenamento.

Per rispetto alla patogenesi di queste forme, diviene per me sempre più evidente che esse deve porsi in rapporto colle leggi psicologiche dell'associazione, o meglio della sistemazione degli stati psichici, cui io avevo accennato in altra mia nota precedente (1). Gli ultimi studi sull'isterismo e le speculazioni d'alcuni distinti psicologi (Ribot, Paulhan, Pierre Janet, W. James, ecc.) ci conducono al concetto che la personalità sia una sintesi sistematica di rappresentazioni e di tendenze. La pazzia, in tutte le sue forme, è da riguardarsi come un anomalo sistemasione e come una disintegrazione degli elementi fisico-psichici che compongono la personalità: del che spero poter dare una dimostrazione in altri miei scritti ulteriori (2). Ma egli è specialmente nella pazzia con idee fisse che noi assistiamo al morbosa dissociarsi di codesti elementi: lo stato psichico che la caratterizza, sia esso una rappresentazione, o un sentimento, o una tendenza, sorge dal fondo dell'incoscienza, e portandosi con veemenza e somma vivacità nel campo appercettivo giunge a dominare nella coscienza e ne inibisce l'ingresso ad ogni altro stato psichico che si trovi con esso in antagonismo.

Genova, aprile 1891.

(1) Morselli, *Patrocinio radicalmente capitale*, « Dir. speciale di frenicità e medicina legale », 1884.

(2) Del secondo volume del mio *Manuale di frenicatria delle Malattie mentali*, che è ora sotto stampa, e in un prossimo *Trattato clinico di Psichiatria* col attendo da più anni.

Figure 1 : Première et dernière page de l'article de Morselli sur la taphéphobie et la dysmorphophobie

Il classait la dysmorphophobie parmi les « phobies à idées fixes », mettant l'accent sur la composante obsessionnelle du tableau clinique de ce trouble. Ce concept de phobie à idées fixes, largement employé par ses contemporains, remplaçait celui de « paranoia rudimentaria » employé par Rudolf Gottfried Arndt (1835-1900).

En explorant les similitudes et les différences entre la dysmorphophobie et les autres troubles mentaux, Morselli nota que certains patients commencent par être conscients de l'absurdité de leurs idées avant de perdre progressivement cette capacité critique et de développer un délire avéré. Il releva également une tendance à la mélancolie et à l'hypochondrie chez ses patients dysmorphophobes, survenant par crises, sans altération durable de l'humeur (3).

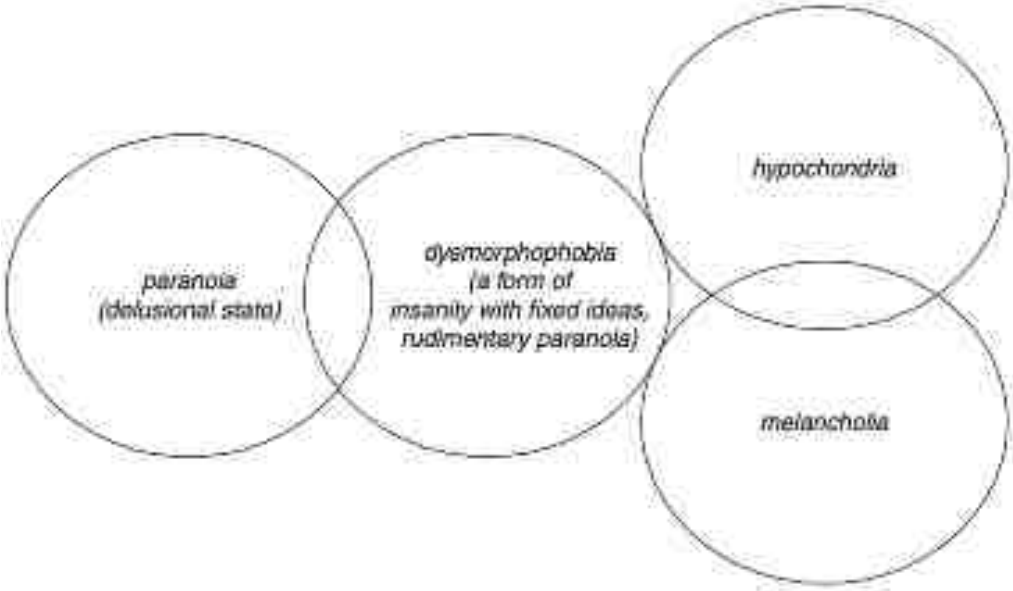


Figure 2 : Relation entre la Dysmorphophobie, les états délirants, hypochondriaques et mélancolique par Enrico Morselli (1891)

En 1903, Janet parlera de « l'obsession de honte du corps » et Kraeplin de « Syndrome Dysmorphophobique » en 1909.

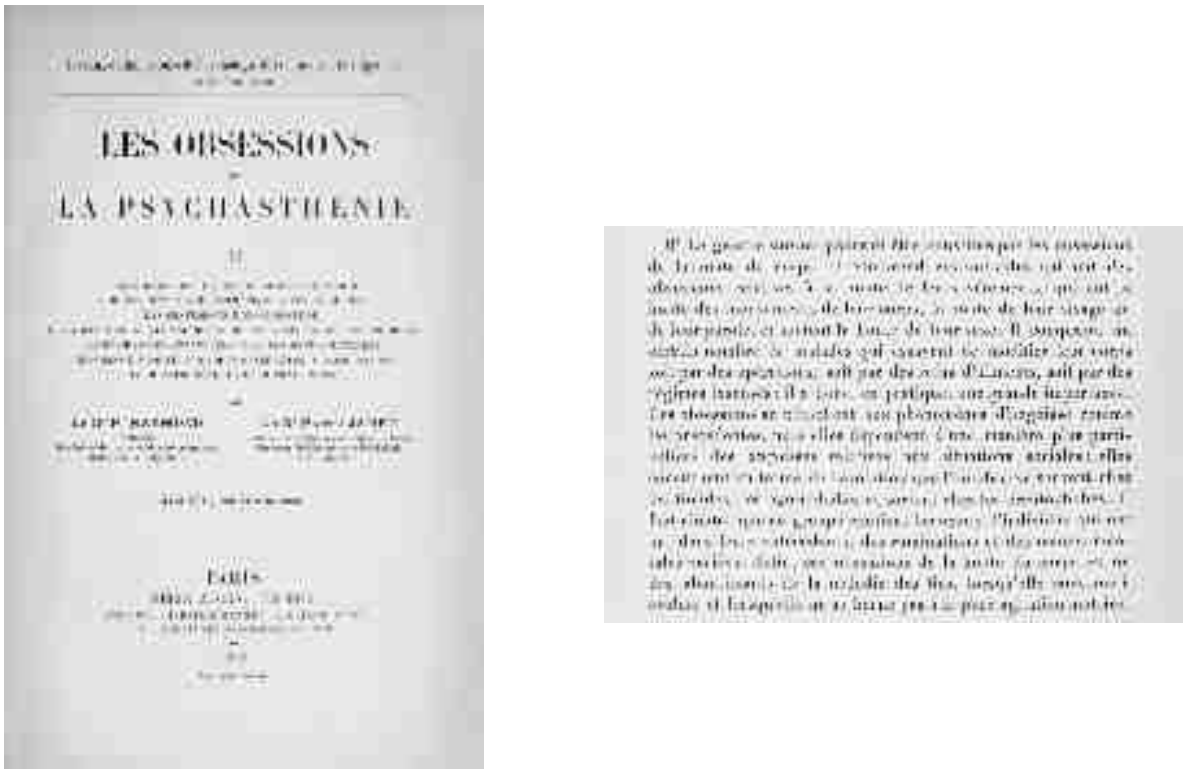


Figure 3 : Extrait du livre « Les obsessions et la psychasthénie » par Dr Janet et Dr Raymond

Il faudra attendre 1980 pour que le Body Dysmorphic Disorder soit mentionné en tant que trouble somatoforme atypique dans le DSM-III (Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorder) d'abord sous le nom de dysmorphophobie, puis sous le nom de Trouble Dysmorphique Corporel en 1987 dans le DSM-III-R (version révisée).

En 1994 il apparait dans le DSM-IV, plus d'un siècle après sa description. On trouve aujourd'hui les critères diagnostiques de la Peur d'une Dysmorphie Corporelle dans le DSM-V qui a été mis à jour en 2013.

De nos jours, ce trouble mental reste encore sous diagnostiqué, bien qu'il ait un impact important sur la vie des patients qui en sont atteints (2,6).

3. Différentes formes :

Il existe deux variantes à ce trouble :

- La forme délirante (delusional) : 30 à 60% des patients souffrant de BDD
- La forme non délirante (nondelusional)

Longtemps classées comme deux maladies bien distinctes, on sait aujourd'hui qu'il s'agit globalement du même trouble. La grande différence réside dans la conscience qu'a le patient de son trouble.

On parle d'insight (encore appelé « degré de délire ») pour décrire le degré de croyance ou de conviction qu'a un patient pour son trouble. Plus l'insight est important, plus le patient est persuadé que la vision qu'il a de son apparence est réelle. Il n'a pas conscience d'avoir une perception altérée de son corps et est atteint de la forme délirante. A l'inverse, les patients atteints de la forme non délirante reconnaissent que la perception qu'ils ont de leur corps peut être ou est inexacte.

Outre l'insight, les sujets délirants montrent une plus grande sévérité des symptômes associée à une moins bonne qualité de vie et une plus grande morbidité. On retrouve une proportion significativement plus élevée de sujets délirants ayant tenté de se suicider ou déclarant avoir fait au moins une tentative de suicide. Ces patients auront aussi plus tendance à souffrir de dépendance à la drogue ou d'abus au cours de leur vie. Enfin, non conscients de leur trouble, ils auront moins tendance à faire appel à des spécialistes de la santé mentale (7,8).

4. Épidémiologie :

Le TDC se déclare le plus souvent au début de l'adolescence vers 12 ou 13 ans. Il se déclare avant l'âge de 18 ans pour deux tiers des patients. Ce trouble peut se manifester de manière progressive avec une phase de symptômes subcliniques, ou brutale par l'apparition soudaine de la forme complète du trouble. Dans la grande majorité des cas, les symptômes s'aggravent en l'absence de traitement approprié. Les patients mettent environ 11 ans avant de chercher un traitement ce qui implique qu'un grand nombre d'entre eux ne bénéficie pas de soins (9–11).

Aujourd'hui, on estime que le TDC touche environ 2% de la population générale et 13% des patients hospitalisés en psychiatrie (13,14).
Bien qu'il soit un trouble de santé mentale grave et courant, le TDC est encore mal connu des praticiens de santé. Aussi, à moins d'un entretien diagnostique structuré, il est rarement identifié, même en milieu hospitalier psychiatrique. On a donc une sous-estimation du nombre de patients souffrant de TDC qui sont souvent diagnostiqués à tort en tant que dépressifs (12).

Une étude menée en 2016 à Londres par David Veale and al. estime la prévalence des patient atteints du TDC comme suit (15) :

- 20,1% des patients souhaitant une rhinoplastie
- 13,2% des patients en chirurgie esthétique générale
- 11,2% des patients en chirurgie orthognatique
- 5,2% des patients en orthodontie ou odontologie esthétiques

Une enquête menée en 2020 en Allemagne par J Schulte and al. a montré les résultats suivants quant aux parties du corps concernées par le TDC (16) :

- Peau : 62,5% des patients souffrant de TDC
- Nez : 44,5% des patients souffrant de TDC
- Cheveux : 41,7% des patients souffrant de TDC
- Seins : 25,4% des patients souffrant de TDC
- Bouche : 22,4% des patients souffrant de TDC
- Organes génitaux : 21,7% des patients souffrant de TDC
- Yeux : 21,2% des patients souffrant de TDC…

L'étude la plus récente sur la prévalence du TDC a été menée par Anton et Galvin Minty. Ils ont effectué une revue systématique de toutes les études publiées entre 1990 et 2020 dans le monde. Au total, 81 études ont été retenues, dont la taille des échantillons variait de 285 à 21743 participants. Il en est ressorti les chiffres suivants (17) :

- La prévalence des TDC est plus élevée chez les femmes (2,5%) que chez les hommes (1,2%).
- La prévalence des TDC est plus élevée chez les jeunes adultes de 18 à 34 ans (2,6%) que chez les sujets plus âgés (1,1%).
- La prévalence des TDC dans les populations étudiantes varie de 1,3% à 5,8%.
- Les symptômes de TDC sont plus fréquents chez les patients souffrants de troubles de l'humeur et de troubles anxieux.

A la lumière ces chiffres, il apparait important de bien connaitre cette pathologie, de savoir la diagnostiquer et de rester particulièrement vigilant lorsqu'un patient arrive avec une doléance esthétique, quelle que soit la partie du corps concernée et le traitement envisagé.

5. Étiologie :

a. Facteurs génétiques :

Le TDC a une forte composante génétique comme en témoigne son modèle d'héritabilité. En effet, environ 20% des patients souffrant de TDC ont un parent au premier degré qui est atteint du même trouble et les recherches épidémiologiques montrent que les membres de la famille d'une personne atteinte par le TDC ont 4 à 8 fois plus de risques de développer la maladie que la population générale (18,19).
De plus, le TDC et le TOC ont une héritabilité commune. Ainsi, une étude menée en 1998 par Katherin A Phillips and al. a montré que 7% des patients souffrant de TDC avaient un parent au premier degré atteint de TOC. A l'inverse, les personnes ayant un parent au premier degré souffrant de TOC avaient 6 fois plus de risque de développer un TDC (18).

Cependant, il y a peu d'études sur les données génétiques moléculaires spécifiques pour aider à en comprendre l'étiologie.
Une étude préliminaire menée par Richter and al. en 2004 a mis en évidence une association entre le gène de l'acide gamma-aminobutylique (GABA)A-y2, le TDC et le TOC ainsi qu'une association entre le gène 5-HTTPRL codant pour les récepteurs 5HT1B et 5-HT1A à la sérotonine et le TDC.
Ces résultats suggèrent qu'il pourrait y avoir des gènes de vulnérabilité au TDC, que ces derniers pourraient jouer un rôle dans le développement du TDC et au niveau de la comorbidité entre le TDC et le TOC. Cependant, davantage de recherches sont nécessaires pour comprendre le rôle exact des facteurs génétiques dans le TDC (20,21).

b. Facteurs neurologiques :

Anomalie fonctionnelle du traitement visuel :

L'image perçue du corps se compose de cognition, émotions et attitudes subjectives de l'apparence. Quand elle ne correspond pas à son idéal, le patient ressent un souci d'image corporel qui lorsqu'il est très prononcé, traduit un TDC.
Le traitement visuel se décompose en un traitement global et un traitement local de l'objet observé. En temps normal, les stimuli visuels sont traités d'abord globalement (activation des aires visuelles primaires et secondaires), puis localement (activation de l'hémisphère gauche) si la bonne observation de l'objet l'exige. L'observation locale vient ajouter des détails au traitement global de l'image qui est le traitement visuel principal. Des chercheurs en neurobiologie et en psychologie ont montré qu'il existait un déséquilibre du traitement visuel des patients atteints de TDC. Pour ces derniers, la perception s'engage localement et le traitement global fait référence au traitement local quel que soit le sujet observé. Cette observation clinique a pu être confirmée par imagerie cérébrale (IRM).
Cette hyperactivité de l'hémisphère gauche implique une perception perturbée de l'image notamment corporelle des patients TDC.
On a également pu observer cette anomalie cliniquement grâce à l'effet d'inversion. Lorsqu'on présente un visage en photo tournée à 180° à un individu sain, ce dernier

ayant commencé par un traitement global de l'image aura plus de facilité à reconnaitre le visage que le patient atteint de TDC qui lui a traité l'image localement. En effet, ce sont les informations globales qui sont sensibles à l'orientation et le patient atteint de TDC aura besoin de plus de temps pour traiter l'information globalement.

De nombreuses études ont montré un effet du « stimuli de Navon » sur le traitement de l'image des patients atteints de TDC. Il s'agit de présenter une série d'images représentant chacune une grande lettre (traitement globale) composée de plusieurs petites lettres (traitement local). Le patient doit énoncer ce qu'il voit (grande ou petite lettre).

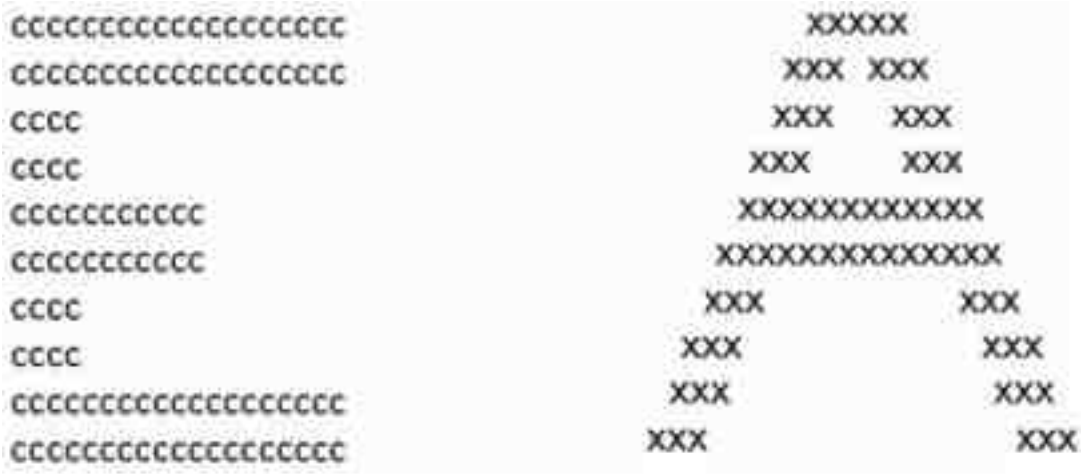


Figure 4 : Stimuli de Navon

La reconnaissance des visages inversés s'est avérée significativement plus rapide après les stimuli de Navon. En revanche, la présence de tâches sur les visages présentés était nettement moins remarquée. A l'inverse, se concentrer sur les petites lettres a permis une amélioration du traitement visuel local chez d'autres patients. Pourtant, à ce jour, aucune étude n'a tenté d'évaluer les stimuli de Navon et les soins des troubles de l'image perçue des patients atteints de TDC (22,23).

Défaut de substance blanche :

Une étude préliminaire a été réalisée en 2003 par S L Rauch and al. pour évaluer le volume de matière blanche des patients souffrant de TDC. Ils ont effectué des tests

par imagerie à résonnance magnétique volumétrique et ont découvert que les patients atteints de TDC avaient un volume total de matière blanche supérieur aux sujets sains, ainsi qu'une différence significative au niveau de l'asymétrie du noyau caudé. Les patients atteints de TDC montraient un déplacement vers la gauche du quotient de latéralité du noyau caudé. Le volume de matière grise ne présentait pas de différence entre les patients souffrants de TDC et les sujets sains. Ces résultats sont conformes au modèle de topographie striatale des patients souffrants de troubles du spectre obsessionnel-compulsif (24).

Morphometric results

Brain region	BDD	Healthy comparison	P value
Total cerebrum*	1091.83 (59.52)	1032.98 (51.19)	0.031
Total grey matter	670.28 (44.02)	611.85 (37.67)	0.673
Total white matter*	458.67 (40.40)	406.16 (30.61)	0.011
Total ventricles	15.89 (7.42)	14.58 (8.11)	0.741
*Caudate nucleus**			
Total	6.24 (0.65)	6.15 (0.66)	0.787
Right	3.06 (0.27)	3.13 (0.41)	0.721
Left	3.17 (0.38)	3.02 (0.28)	0.374
Laterality*	0.052 (0.044)	0.051 (0.070)	0.048

Figure 5 : Résultats morphométriques de quantification de la matière blanche chez les sujets atteints de TDC (24)

Dans le tableau ci-dessus, les volumes sont donnés en $cm^3 \pm$ (l'écart type). Le symbole « * » indique les valeurs significativement différentes. Les valeurs-P ont été obtenues par un t-test entre les mesures volumétriques des patients souffrants de TDC et celles des sujets sains (24).

Pour rappel, un t-test ou test de Student est un test statistique qui permet de mesurer la différence entre les moyennes de deux groupes. Il sert à déterminer si les différences sont significatives ou si elles résultent du fruit du hasard.

Anomalie du système de traitement des émotions :

Dans une étude réalisée en 2002 par Buhlmann and al. à l'Université de Marburg (Allemagne), les chercheurs ont examiné le traitement émotionnel lié à l'apparence physique des patients souffrant de TDC. Ils ont utilisé des tâches de reconnaissance émotionnelle dans lesquelles les participants étaient invités à identifier rapidement

l'émotion exprimée sur des visages montrant différentes expressions faciales. Il en est ressorti que les patients atteints de TDC avaient une réponse plus lente et moins précise aux expressions neutres et positives que les personnes témoins. En revanche, ils réagissaient plus rapidement et de manière plus précise aux expressions négatives comme la tristesse ou la colère.
A l'aide du schéma d'interférence de Stroop, ils ont également mesuré l'attention sélective des patients. Il s'agissait de dire le nom de la couleur de l'encre avec laquelle était écrit un mot en ignorant le sens du mot lui-même. Ils ont remarqué que si le mot était émotionnellement chargé, cela causait des interférences et ralentissait le temps de réponse.

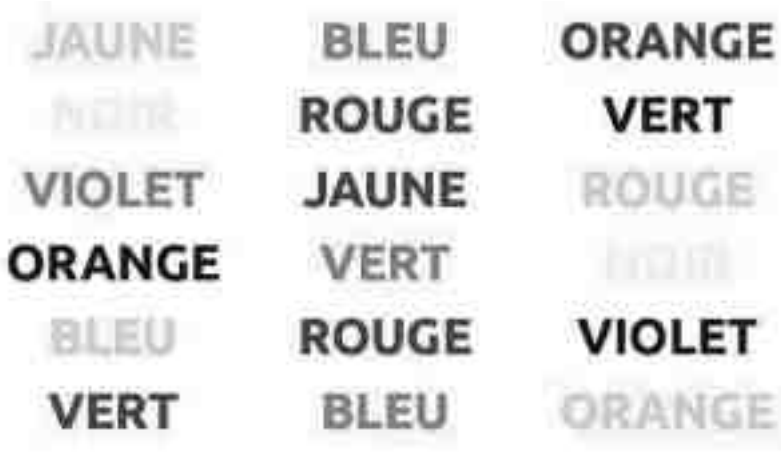


Figure 6 : Schéma d'interférence de Stroop

Globalement, les patients atteints de TDC avaient un temps de réponse plus long que les personnes témoins. Il en est ressorti que les patients atteints de TDC avaient des réponses plus fortes aux informations émotionnelles négatives notamment liées à leur apparence physique pour laquelle ils avaient une préoccupation excessive.
Cette étude a permis de mettre en lumière l'attention émotionnelle sélective des patients atteints du TDC (21,25).

c. Facteurs neurochimiques :

Système sérotoninergique :

De nombreuses preuves existent sur le rôle de la sérotonine dans le TDC. Des études ont montré une diminution de la densité de liaisons du transporteur de la sérotonine dans les troubles comme le TOC ou le TDC. Des preuves provenant d'études contrôlées et non contrôlées suggèrent que la prise d'inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS) est efficace sur les patients atteints de TDC. Le traitement avec ces médicaments peut entrainer une diminution des préoccupations, un meilleur contrôle des impulsions et une diminution de la détresse liée au TDC. Des études de cas ont également montré que l'épuisement alimentaire de tryptophane, un précurseur de la sérotonine, a exacerbé les symptômes de TDC, tandis qu'un agoniste de la sérotonine, la psilocybine, a entrainé une diminution des symptômes. Cependant, toutes ces études ne fournissent que des preuves indirectes et ne prouvent pas que les anomalies sérotoninergiques sont la cause du TDC. Les enquêtes supplémentaires utilisant par exemple l'imagerie par tomographie par émission de positons (TEP) pourraient aider à fournir des preuves plus définitives du rôle de la sérotonine dans le TDC (26).

Système dopaminergique :

En 2016, Vulink and al. mènent une étude sur la disponibilité des récepteurs à la dopamine D2/3 dans le striatum des patients souffrants de TDC. Grâce à l'utilisation de tomographie par émission de positon (TEP) avec un radioligan spécifique pour les récepteurs D2/3 à la dopamine au niveau du striatum, ils mesurent la disponibilité des récepteurs des patients atteints du TDC comparée à des témoins sains (27).

Pour rappel, le striatum est composé d'une partie ventrale comprenant le noyau accumbens et d'une partie dorsale comprenant le noyau coudé et le putamen.

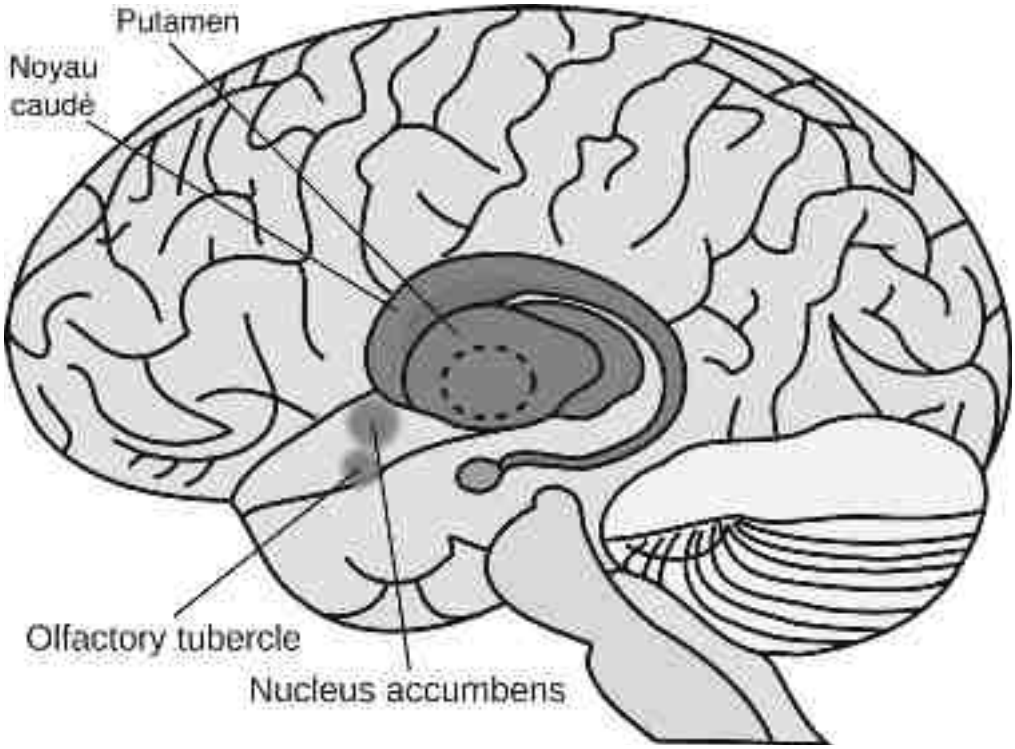


Figure 7 : Schéma représentant le striatum en rouge (28)

La disponibilité des récepteurs à la dopamine D2/3 du striatum est significativement réduite chez les patients atteints de TDC par rapport à la population générale, notamment dans les régions striatales dorsolatérales impliquées dans la prise de décision et le traitement des émotions et dans les régions striatales ventromédiales impliquées dans la motivation et les comportements répétitifs. Ils remarquent aussi que la gravité des symptômes de TDC est corrélée à la réduction de la disponibilité des récepteurs D2/3 dans ces régions.

Ces résultats suggèrent que la dysfonction de la signalisation de la dopamine peut jouer un rôle important dans le TDC. Par ailleurs, des études antérieures ont montré que les médicaments qui agissent sur la signalisation de la dopamine peuvent être efficaces dans le traitement de comportements compulsifs et de la préoccupation excessive liée à l'apparence physique. Ils suggèrent donc que, même si d'autres études sont nécessaires, ces médicaments pourraient être utiles dans le traitement du TDC (27).

d. Facteurs environnementaux :

Facteur sociaux culturels :

Il a été démontré qu'une grande exposition à l'adversité sociale et plus précisément la victimisation, le fait d'être ignoré ou exclu, tourné en dérision ou victime de commérage sont des facteurs de risque qui augmentent les symptômes de TDC chez les adolescents. Ainsi, les persécutions d'enfants dans la cour d'école joueraient un certain rôle dans le développement de troubles de l'image de soi comme le TDC (13).

Environnement familial :

Il peut être très destructeur pour un enfant de recevoir des critiques sur son apparence de la part de ses parents.
Même dans des contextes particuliers, comme face à une pathologie comme le surpoids qui nécessite une prise de conscience, un accompagnement bienveillant, rassurant et dénué de jugement, les parents doivent faire très attention à la manière dont ils en parlent à leur enfant (29).
En effet, un enfant qui reçoit des critiques de la part de ses parents à propos de son apparence physique est très susceptible de développer des troubles.
Un mauvais environnement familial peut entrainer chez l'enfant des sentiments insécures durables comme le fait de se sentir rejeté ou mal aimé ce qui va nuire à son rapport à son image. Les individus dont les parents ont des critères de beauté spécifiques qu'ils appliquent à leurs enfants, ont de gros risques d'être atteints de TDC. Ladee parle de la « dépendance extrême et très ambivalente à l'égard de l'un des parents, généralement la mère, pour qui la beauté physique était très importante » et qui aurait « appliqué ce critère d'évaluation à l'enfant ».
Par ailleurs, on sait que les enfants de patients souffrant de TDC ont plus de risques d'en souffrir eux aussi, développant les mêmes comportements que leurs parents (29,30).

Enfin, ce trouble peut survenir lorsqu'un enfant se compare à son frère ou sa sœur. Cette comparaison peut avoir lieu entre les enfants qui vont parfois se moquer ou se taquiner sur leurs différences. Il peut aussi venir de l'enfant lui-même qui secrètement envie son frère ou sa sœur qu'il trouve plus attirant(te). Il peut également s'agir des parents qui comparent les enfants entre eux (30).

Violences infantiles et négligences :

Nous savons aujourd'hui que les patients atteints de TDC montrent une prévalence plus élevée que la population générale de violence psychologique et/ou émotionnelle, violence, négligence et maltraitance physique ainsi que de maltraitance globale grave pendant l'enfance. Ils ont également un nombre et une variété plus élevés d'évènements infantiles traumatisants (comme une maladie grave potentiellement mortelle).
Plus des trois quarts des patients souffrant de TDC déclarent avoir été maltraités durant leur enfance, le plus couramment par négligence émotionnelle. Les femmes déclarent une plus grande sévérité d'abus sexuel que les hommes (13).

L'exposition à des évènements traumatisants et à la maltraitance infantile sont courants et graves chez les patients atteints de TDC. De plus, il y a une corrélation directe entre ces évènements et la sévérité des symptômes du trouble, y compris les idées suicidaires et l'anxiété. En effet, la violence physique pendant l'enfance semble fortement associée aux troubles anxieux à vie et les abus sexuels pendant l'enfance peuvent entrainer une mauvaise estime de soi à court et long terme, induisant une distorsion de l'image corporelle, ce qui suggère un lien direct avec le TDC dont ce sont les symptômes (13,31,32).

Médias :

Nous sommes surexposés aux idéaux physiques promus par les médias. Ils imposent des standards esthétiques auxquels les adolescents sont exposés de plus en plus tôt et pour qui la beauté devient synonyme de réussite. Ce facteur environnemental omniprésent est déterminant dans l'apparition de certains troubles de l'image corporelle comme le TDC (33).
Les recherches ont montré que les réseaux sociaux peuvent attiser les perceptions négatives de l'image corporelle des jeunes (et des moins jeunes dans une moindre mesure) par le biais de photos ou vidéos et de commentaires sur l'image de soi idéale

qui les accompagnent. Cela déclenche un sentiment d'insécurité anxiogène quant à leurs caractéristiques physiques, les formes de leur corps, …
De plus, ces plateformes proposent de nombreux filtres « embellisseurs » qui renforcent les complexes des utilisateurs qui ne s'acceptent plus « au naturel ».
En 2020, une étude a mis en lumière le lien direct entre l'utilisation de médias sociaux, particulièrement Instagram et Snapchat, et l'incidence accrue de TDC chez les jeunes populations (34).
Dans cette course à la perfection de l'apparence, les hommes ne sont pas épargnés. En effet, ils sont sujets au culte du corps musclé et sportif incarné par les super héros, les stars et les influenceurs (35).
On note tout de même une atténuation de ce phénomène de désamour du corps lié au médias proportionnelle à la relation positive entre les parents et les adolescents, qui montre l'importance des liens familiaux sains pour le développement psychologique de l'enfant (36).

II. Tableau clinique :

1. Manifestations et symptômes :

a. Caractéristiques cliniques :

Les patients qui souffrent de Trouble Dysmorphique Corporel éprouvent une grande préoccupation pour une ou plusieurs partie(s) de leur corps. Ils perçoivent ces parties comme comportant des défauts majeurs, qui nuisent à leur apparence générale. Pourtant, pour les autres, ces défauts semblent mineurs ou non observables.
Souvent, les patients atteints de ce trouble sont préoccupés par 5 à 7 parties de leur corps, voire même par leur corps tout entier. Par ailleurs, il peut arriver que ces patients ne se sentent pas concernés par un défaut physique pourtant avéré (5,37,38).
Les parties du corps les plus fréquemment concernées par ce trouble sont le visage (dont le sourire et le nez), la peau, les cheveux, le ventre, le poids, les seins, les cuisses, les muscles, les parties génitales, les poils…

Les patients atteints de TDC vont éprouver un sentiment de honte et de fortes émotions négatives par rapport à leur corps, qui vont être à l'origine d'importantes préoccupations anxieuses, de troubles compulsifs et de handicaps sociaux. Ils vont passer en moyenne 3 à 8 heures par jour à penser à leur « défaut » et vont se qualifier de laids, anormaux, hideux, repoussants, défigurés ou toute sorte d'adjectifs dépréciatifs (5,7).
Le TDC se déclare souvent à l'adolescence et sans traitement approprié, il devient souvent chronique (39).

b. Compulsions :

La majorité des patients atteints de TDC ont des comportements répétitifs sous forme de rituels qui sont destinés à réduire les sentiments négatifs et l'anxiété. On les appelle comportements « compulsifs » car le patient ne peut s'empêcher de les exécuter. Ils surviennent en réponse à une pensée obsessionnelle sur l'apparence.
Les patients vont passer chaque jour un temps considérable (3h ou plus par jour pour la moitié des patients atteints de TDC) à examiner, camoufler, se comparer aux autres ou améliorer leur « défaut ». Ce rituel prend le nom de « comportement de sécurité » lorsqu'il est effectué dans le but d'éviter au patient d'être embarrassé ou humilié. Les « comportements de sécurité » évitent au patient de ressentir des émotions douloureuses. En effectuant ces rituels, le patient peut aussi chercher à se rassurer par exemple en se regardant dans le miroir dans l'espoir d'avoir l'air acceptable. Mais souvent, non satisfaits de leur reflet, ils se sentent encore plus mal après l'avoir vu.
Le camouflage est un comportement de sécurité très fréquent qui vise à cacher le « défaut » perçu par le patient au moyen de maquillage, de vêtements ou coiffure (5,22,38,40–42).
Les comportements compulsifs les plus souvent pratiqués par les patients atteints du TDC sont les achats compulsifs de cosmétiques ou de vêtements, le toilettage excessif, l'exercice physique excessif, le bronzage, se regarder sans cesse dans le miroir (concerne 90% des patients) ou au contraire éviter tous les miroirs, changer plusieurs fois de tenues pour trouver la plus avantageuse, se gratter la peau…
Ces patients vont également avoir tendance à se comparer aux autres. Ce comportement automatique chez eux va parfois renforcer leur anxiété et pourra induire une incapacité à se concentrer (42).

c. Évitement :

Par ailleurs, ces patients vont avoir tendance à l'évitement. Ils vont limiter les interactions sociales et peuvent même aller jusqu'à ne pas aller en cours ou refuser un travail pour ne pas risquer d'être scrutés par les autres. Ainsi, ils vont éviter d'être jugé négativement par les autres car ils sont « laids ». Ils peuvent aller jusqu'à rester chez eux sans sortir pendant une semaine ou plus à cause de leurs symptômes (5,43). Ils font cela pour soulager le stress et l'anxiété qu'ils éprouvent quant à leur apparence, mais l'expérience clinique montre que ce comportement contribue à la gravité ainsi qu'à la chronicité du TDC (42,44).

d. Pathological Skin Picking :

Le prélèvement de peau pathologique (Pathological Skin Picking (PSP)) est un comportement pathologique souvent retrouvé chez les patients atteints de TDC, notamment quand ce dernier induit des préoccupations sur l'aspect de la peau. Il s'agit d'un prélèvement répétitif de peau par ailleurs normale. Ce geste peut être impulsif ou rituel. Le PSP concerne davantage les femmes que les hommes. Souvent, les femmes sujettes au PSP ont également recours à des techniques de camouflage, notamment par le maquillage, et ont davantage tendance à consulter le dermatologue à des fins esthétiques. Il s'agit de patientes avec un insight fort ayant plutôt un TDC délirant. Pour ces patients, la pensée de cueillette ou excoriation est irrésistible et provoque une détresse significative qui a un gros impact dans leurs activités du quotidien. Cette pratique entraine d'importantes lésions cutanées susceptibles de s'infecter. De plus, certains patients utilisent des outils pour la cueillette qui peuvent mettre leur vie en danger (lame de rasoir, objets pointus…) (45).

e. Peur du rejet :

Le TDC est associé à une forte inhibition sociale et une grande difficulté à s'affirmer qui engendrent de graves problèmes interpersonnels. En effet, les patients éprouvent une détresse profonde lorsque les autres font une évaluation négative d'eux et se

sentent honteux et très blessés par la critique avérée ou perçue. La sensibilité au rejet est courante chez les patients atteints de TDC, en particulier la sensibilité au rejet basé sur l'apparence. Elle semble accrue pour les patients qui ont un Trouble Dépressif Majeur (TDM) comorbide et peut être une construction indépendante bien que connexe du Trouble Anxieux Sévère (TAS). Cliniquement, les patients atteints de TDC rapportent éviter les situations sociales pour se préserver des évaluations négatives de leur apparence. C'est une caractéristique importante du trouble (46).

f. Pensées suicidaires :

Parmi les patients atteints de TDC, un grand nombre déclare avoir des pensées suicidaires et un pourcentage non négligeable va même jusqu'au passage à l'acte.
En effet, environ 25% des patients atteints du TDC déclarent avoir déjà tenté de se suicider et 80% rapportent des pensées suicidaires. Enfin le TDC aurait un taux de suicides réussis supérieur à presque tous les troubles mentaux avec un score de 0,3% annuel (39).
Le TDC engendre une forte détresse psychologique, un fort sentiment de gêne et de honte, un grand désespoir et un inconfort lié à l'image corporelle qui provoquent une forte anxiété sociale comme vu précédemment. De tels sentiments combinés à l'isolement social et au TDM comorbide sont de gros facteurs de risque de pensées, comportements et actes suicidaires.
On considère qu'un patient diagnostiqué avec un TDC aurait quatre fois plus de risque de développer des idées suicidaires et serait 2,6 fois plus susceptible de faire une tentative de suicide que la population générale (12).

g. Agressivité :

Les symptômes des patients atteints de TDC peuvent être à l'origine d'une agressivité voire d'une violence envers autrui. En effet, n'ayant pas confiance en leur apparence, ils peuvent souffrir de réactions excessives et incontrôlées s'ils ont l'impression que quelqu'un se moque d'eux. Par ailleurs, on a déjà vu certains patients insatisfaits du résultat d'une procédure esthétique en venir à agresser physiquement ou à tenter de tuer leur chirurgien (39).

2. Troubles associés (comorbidités) :

Les études suggèrent que presque tous les patients atteints de TDC auraient au moins une condition comorbide (47).

a. Trouble Dépressif Majeure (TDM) :

Concernant 20% de la population générale, le TDM est le trouble psychiatrique le plus fréquent d'Europe. Ce trouble complexe et hétérogène est causé par des facteurs à la fois génétiques et environnementaux. Il est la première cause de suicide en Europe et aux Etats-Unis (48).
C'est le trouble qui présente la plus grande comorbidité avec le TDC. En effet, 54% à 61% des patients atteints de TDC souffrent également de TDM (49).
Ces deux troubles s'avèrent étroitement liés, au point que les symptômes du TDC peuvent induire ceux du TDM. C'est ce que les théoriciens appellent un réseau de symptômes. Ainsi, la détresse associée à un défaut imaginaire perçu de l'apparence physique peut provoquer une humeur dépressive ce qui expliquerait la grande comorbidité des deux troubles (50).
Globalement, les patients atteints de TDM déclarent des TDC plus sévères ainsi qu'une plus grande anxiété sociale, plus d'idées suicidaires et une qualité de vie plus faible (51).

b. Trouble de l'Anxiété Sociale (TAS) :

Concernant 7% à 12% de la population générale occidentale, le TAS compte parmi les troubles psychiatriques les plus courants. Il affecte de manière relativement équivalente les hommes et les femmes et se déclare souvent à l'adolescence.
D'évolution chronique, il se caractérise principalement par la peur d'être évalué négativement par les autres et peut avoir de grosses conséquences socio-professionnelles s'il n'est pas soigné. Ce trouble est intimement lié à la perception qu'a un individu de son apparence physique. Ainsi, un individu qui se perçoit comme peu

attirant aura tendance à avoir plus d'anxiété sociale. Pour ces patients, la situation la plus redoutée est la prise de parole en public (52).
Bien qu'ayant des similitudes, le TAS et le TDC sont nosologiquement deux entités distinctes présentant une forte comorbidité. En effet, environ 33% des patients atteints de TDC présentent également un TAS. Ce sont deux troubles hautement comorbides qui présentent de nombreux points communs comme l'âge d'apparition, les biais cognitifs du patient sur sa perception des informations sociales et l'évolution chronique du trouble. Des études ont montré une corrélation significative entre l'amélioration du TDC et celle du TAS (49).

c. Trouble Obsessionnel Compulsif (TOC) :

On a longtemps supposé que le TDC était lié au TOC. En effet, on retrouve de nombreuses similitudes entre le TDC et le TOC qui ne diffèrent pas de manière significative sur les items de l'échelle Yale-Brown d'Obsession Compulsive (Y-BOCS). Ils ont un âge d'apparition et une évolution chronique similaires. Mais bien que les obsessions liées aux TOC et au TDC semblent parfois liées, ces deux troubles sont bel et bien distincts (53).
Aujourd'hui, les données disponibles distinguent les deux troubles hautement comorbides (25% des patients atteints de TDC souffrent également de TOC). (49)
La première différence entre les deux troubles réside dans le sujet de l'obsession (apparence physique pour le TDC et non pour le TOC). De plus, un insight plus fort est systématiquement retrouvé chez les patients atteints de TDC lors d'études comparatives des deux troubles (27% à 39% des patients souffrant de TDC contre environ 2% des patients ayant un TOC). Les patients souffrants de TDC sont donc moins disposés à reconnaitre que leur croyance a une cause psychiatrique.
En cas de comorbidité des deux troubles, on constate que l'amélioration du TOC entraine une amélioration du TDC. A contrario, une amélioration du TDC ne semble pas améliorer le TOC des patients (53).

d. Abus de Substances :

Près de 50% des patients atteints du TDC initient ou intensifient la consommation de substances pour soulager leurs symptômes pénibles comme l'angoisse. Pour beaucoup de patients atteints de TDC, cette consommation peut évoluer vers un trouble lié à l'utilisation de substance dans l'année qui suit l'apparition du TDC. L'abus le plus fréquemment retrouvé chez les patients atteints de TDC est l'alcoolisme. Ils utilisent l'alcool comme une « automédication » pour atténuer les symptômes de leur trouble (47,54).
L'alcoolisme et le TDC étant deux maladies mentales qui isolent socialement, les patients souffrant des deux troubles se retrouvent particulièrement déconnectés de la société et ont tendance à se retirer totalement des liens sociaux. Cela augmente les risques de chômage, et dans les cas plus graves, de tentatives de suicide (47).

3. Troubles du Comportement Alimentaire (TCA) :

Les patients souffrant de TCA comme l'anorexie ou la boulimie ont une préoccupation excessive vis-à-vis de leur poids, leurs formes et leur apparence corporelle, ainsi qu'une perturbation de leurs habitudes alimentaires.
Ils partagent avec le TDC la préoccupation commune pour l'apparence physique associée à une faible estime de soi. Cette proximité de symptômes explique la grande comorbidité de ces deux troubles et les patients atteints de TDC peuvent facilement basculer dans un TCA et réciproquement (53,55).
Le taux de comorbidité est d'environ 22% même s'il varie en fonction des études (56).

4. Diagnostic différentiel :

a. Préoccupation normale concernant l'apparence et présence de défauts physiques clairement visibles :

Le TDC diffère des préoccupations normales concernant l'apparence par son caractère excessif et les comportements répétitifs et chronophages, difficiles à contrôler qui l'accompagnent. Cependant, lorsque les défauts physiques sont clairement visibles, ils ne sont pas considérés comme un TDC. Dans certains cas

toutefois, le symptôme de grattage de la peau peut entrainer des cicatrices visibles qui nécessitent la recherche d'un TDC (9).

b. Trouble du Comportement Alimentaire (TCA) :

Les patients atteints de TCA vont être préoccupés par le fait d'être gros ce qui n'est pas considéré comme un symptôme de TDC. En revanche, le poids peut préoccuper des patients atteints de TDC. Ils auront alors un TDC et un TCA comorbide et on devra poser les deux diagnostics (9).

c. Trouble Obsessionnel Compulsif (TOC) et apparentés :

C'est le fait que les comportements répétitifs du TDC ne portent que sur l'apparence qui différencie ce trouble du TOC. De plus, l'insight sera moindre dans le cas d'un TOC que pour le TDC et les compulsions n'auront pas pour but de camoufler ou corriger l'apparence du sujet (9).

d. Crainte excessive d'avoir une maladie :

Les patients atteints de TDC ne somatisent pas particulièrement et ne craignent pas d'être atteints de maladie grave (9).

e. Trouble Dépressif Majeur (TDM) :

Bien que les symptômes dépressifs soient fréquents dans le TDC, les patients souffrant de TDM n'ont pas de préoccupation concernant leur apparence ni de comportements répétitifs. Il faut poser le diagnostic de TDC si le sujet déprimé remplie les critères diagnostics de ce trouble (9).

f. Troubles Anxieux :

L'évitement social et la phobie sociale sont fréquents chez les patients atteints de TDC. Ici encore, ce sont les comportements de compulsion et la préoccupation majeure et parfois délirante sur l'apparence physique qui différencient les deux troubles (9).

g. Troubles Psychotiques :

Hormis la composante délirante du TDC qui porte toujours sur la perception de l'apparence, les sujets atteints de TDC ne présentent pas de comportement désorganisé ni aucun symptôme psychotique, contrairement à la schizophrénie ou autre pathologie psychotique (9).

III. Classification et Diagnostic :

1. Classification :

A l'origine, le TDC était classé comme un trouble somatoforme. Aujourd'hui il est classé dans les Troubles Obsessionnels Compulsifs et Apparentés dans le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM – V) publié en 2013. Ce changement montre bien la proximité de symptômes du TDC avec le TOC et explique qu'ils soient hautement comorbides (9,12).

2. Diagnostic :

Bien qu'il soit relativement courant et qu'il ait un impact significatif sur les sujets qui en sont atteints, le TDC est sous diagnostiqué. Les patients, animés par la honte et la gêne, ont tendance à occulter les symptômes de TDC à leur clinicien, par peur d'être mal compris et jugés négativement. N'ayant souvent pas conscience de leur trouble, ils sont réticents à chercher du soutien auprès de professionnels de santé mental et ont d'avantage tendance à se diriger vers des soins esthétiques pour soulager l'inconfort qu'ils éprouvent au sujet de leur apparence. Le problème est que le traitement de cette pathologie diffère d'autres troubles plus facilement diagnostiqués

et il est important de poser le bon diagnostic pour effectuer une prise en charge appropriée de la pathologie (40).

Plusieurs critères sont à prendre en compte dans le diagnostic du TDC (57) :

- Préoccupation excessive pour un défaut physique léger ou imaginaire
- Compulsions
- Détresse ou altération du fonctionnement social causée par les préoccupations
- Préoccupations différentes de celles concernant le poids chez les patients présentant un trouble de l'alimentation

Le diagnostic peut être facilité par l'utilisation de questionnaires plus ou moins complexes qui permettent de bien orienter la prise en charge (40,58).

3. Mesure de la gravité globale du trouble :

a. Le Yale Brown Obsessive Compulsive Scale modified for Body Dysmorphic Disorder (BDD-YOBCS) :

Ce questionnaire comportant 12 points permet d'évaluer la gravité des symptômes au cours de la semaine écoulée. Le score final du test va de 0 (absence de TDC) à 48 (TDC grave). Il s'agit de la version modifiée du Yale Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) en 10 points, utilisé pour évaluer la gravité des symptômes de TOC. Dans ce test, les points 1 à 5 évaluent les obsessions liées au défaut perçu de l'apparence, et les points 6 à 10 mesurent les comportements compulsifs. Enfin, les points 11 et 12 évaluent l'évitement et la perspicacité du trouble.
Ce test, conçu pour les adultes, a été adapté pour les enfants et les adolescents (BDD-YBOCS-A) en un test qui conserve les mêmes points mais avec des libellés adaptés à l'enfant. Ainsi, le deuxième point (« *Quel degré de détresse vous cause vos pensées à propos de vos défauts corporels ?* ») est formulé comme suit dans le questionnaire destiné aux enfants : « *Dans quelle mesure ces pensées sur votre apparence vous embêtent-elles ou vous contrarient-elles ?* ».

Il est long à réaliser et nécessite une formation spécialisée pour l'interpréter mais est sensible aux changements de gravité et possède de bonnes propriétés psychométriques ce qui fait de lui le test de référence pour l'évaluation de la gravité du TDC en psychiatrie ou pour la recherche, y compris pour les essais cliniques. Toutefois il sera moins évident à utiliser dans d'autres contextes cliniques comme lors de dépistage en préliminaire d'une intervention esthétique.
A titre informatif, on considère qu'une réduction de 30% ou plus du score de ce test indique une bonne réponse au traitement (58–60).

b. Le Body Dismorphic Disorder Examination (BDDE) :

Élaboré par Rosen et Riter en 1993, ce questionnaire en 34 points n'est pas idéal pour dépister le TDC mais a pour but de poser un diagnostic subtil du trouble lorsqu'il est avéré. Chaque proposition est notée sur une échelle de 7 points qui sont additionnés par le praticien pour attribuer une note finale. C'est un examen de deuxième intention qui prend environ 30 minutes à réaliser et qui semble plus utile en psychiatrie que dans les autres disciplines médicales. Chaque caractéristique du TDC est examinée grâce à des questions standards auxquelles s'ajoutent des questions complémentaires facultatives qui permettent de préciser les réponses du patient (61).
Ce test permet de mesurer les préoccupations liées à l'apparence et la gêne qui en résulte, ainsi que l'importance de l'apparence dans l'estime de soi. Il évalue la fréquence des comportements auto destructeurs et nuisibles du patient et questionne le patient sur les aspects de son apparence qui lui sont désagréables.
Les 29 premières propositions de ce test sont posées au patient. Les dernières questions s'adressent au praticien. Il est notamment invité à évaluer l'apparence physique du patient (y a-t-il un réel défaut physique ?) et la présence de délire dans le trouble (62).

c. Le Body Dysmorphic Disorder Symptom Scale (BDD-SS)

Ce questionnaire encore très récent et peu utilisé permet de mesurer la gravité des symptômes associés au TDC. Son but est de différencier les différents symptômes du trouble et de définir leur gravité. Il définit le profil de gravité des différents symptômes

et pourrait être utile pour mettre en lumière la prévalence des différents symptômes et comportements spécifiques au trouble chez le patient. Il permet de cibler les différents aspects clés du TDC pour aboutir à une prise en charge précise du trouble. Il pourrait permettre au clinicien de suivre la réduction des symptômes du patient dans le temps afin d'adapter la prise en charge (63).

4. Mesure de l'importance des symptômes du trouble :

a. Le Brown Assessment of Belief Scale (BABS) :

Ce questionnaire comporte 7 points et mesure le degré de croyance du patient dans un large éventail de troubles psychiatriques. Il n'est pas spécifique au TDC mais permet de distinguer les formes délirantes et non délirantes dans ce trouble (64).
Le score final va de 0 (forme non délirante) à 24 (forme très délirante). On considère que le patient souffre de la forme délirante lorsque son score est supérieur ou égal à 18. De plus, si le patient obtient une note de 4 pour la première question, il est complètement convaincu de la véracité de sa croyance (60,65).

b. Le Overvalued Ideas Scale (OVIS) :

Ce questionnaire en 10 points permet de mesurer la gravité des croyances du patient, ainsi que de prédire les résultats de la réponse au traitement. Chaque point est noté de 1 (croyance très faible) à 10 (croyance très forte). Le score final est la moyenne du score de chaque point. Plus le score est élevé, plus l'insight est fort et plus le trouble est délirant. La réponse au traitement sera d'autant moins rapide que le score est élevé. Ce questionnaire s'adresse aux psychiatres. Il est utile pour mener une bonne thérapeutique ainsi que pour évaluer les symptômes de TDC mais ne sert pas à dépister le trouble (66).

c. Le Appearance Anxiety Inventory (AAI) :

C'est un questionnaire d'auto-évaluation en 10 points qui mesure le comportement de sécurité et les processus cognitifs liés au TDC. Chaque point est noté de 0 (pas du

tout) à 4 (tout le temps). Le score final, allant de 0 à 40, est la somme du score de chaque réponse. Les symptômes sont d'autant plus importants que le score est élevé. Ce test est sensible aux évolutions durant le traitement et aide le clinicien à cibler la thérapie appropriée pour le patient. Avec une bonne fiabilité, il est utile en psychiatrie pour adapter la thérapeutique au patient et suivre son évolution (67).

5. Dépistage et diagnostic :

a. Le Body Dysmorphic Disorder Questionnaire (BDDQ) :

C'est un questionnaire en 9 points conçu par Phillips en 1996 qui semble avoir une sensibilité et une spécificité suffisante pour poser un diagnostic de TDC. Il contient des éléments tels que l'insatisfaction à l'égard de certaines parties du corps, la détresse qui en découle, les conséquences au niveau de la vie sociale personnelle et professionnelle, l'effet sur l'entourage, l'évitement et le temps passé à penser au défaut physique perçu.
La limite de ce test réside dans la formulation des réponses qui s'effectue de manière dichotomique (oui/non) et qui n'est pas continue. En effet, si le patient répond « non » à une proposition, le test s'arrête et on ne pose pas les questions suivantes. C'est pourquoi il a été modifié en 2001 par Raymond G. Dufresne qui en a fait le Body Image Disturbance Questionnaire (BIDQ) (68).

b. Le Body Image Disturbance Questionnaire (BIDQ) :

Élaboré par Raymond G. Dufresne en 2001, ce questionnaire en 7 points reprend les éléments du BDDQ en reformulant les items et en modifiant les réponses pour qu'elles s'inscrivent dans un continuum. Le résultat du test est la moyenne des 7 points (69).
Ces changements permettent une évaluation diagnostique plus précise et un meilleur dépistage du TDC. En effet, il a une sensibilité de 94% à 100% et une spécificité de 89% à 93% dans le diagnostic du TDC (58,68,70).

c. Le Dysmorphic Concern Questionnaire (DCQ) :

Ce questionnaire est composé de 7 points qui portent sur la vision qu'a le patient de son apparence ainsi que sur les comportements associés à cette vision. A chaque proposition, le patient doit indiquer s'il se reconnait en la notant de 0 (pas du tout) à 3 (plus que la plupart des gens). Le score final varie donc de 0 (absence de trouble) à 21 (TDC très probable). Plus le résultat est élevé, plus le patient est susceptible d'être atteint de TDC. Ce test diagnostique pourrait s'avérer utile pour dépister le TDC lors d'une consultation en médecine générale ou esthétique (71,72).

d. Le Body Image Quality of Life Inventory (BIQLI) :

Ce questionnaire d'auto-évaluation en 19 points évalue l'impact de l'image corporelle sur les relations personnelles du patient ainsi que sur son estime de lui-même, son humeur, sa vie sexuelle, etc…
Chaque point est noté sur une échelle allant de -3 (impact très négatif) à +3 (impact positif (68).
Une étude menée en 2010 par Saber Ghadakzadeh and al. montre que ce test, dont la sensibilité est de 93,5% et la spécificité de 80,8%, donne des résultats très probants sur la mise en évidence de TDC. Il aurait une concordance de 61,7% avec les résultats d'un entretien psychiatrique, ce qui ferait de lui un test idéal à mettre en place lors d'un entretien préliminaire à un soin esthétique. Leur étude suggère que les cliniciens esthétiques s'appuient sur les résultats de ce test pour identifier des TDC probable parmi les patients consultant pour un défaut léger ou inexistant dans le but d'adapter leur thérapeutique (73).

Deuxième partie

Prise en Charge d’un patient atteint de Trouble Dysmorphique Corporel au Cabinet Dentaire

I. Le Trouble Dysmorphique Corporel et les soins esthétiques :

1. Prévalence :

Ce trouble est difficile à identifier. En 2017, une enquête menée par David B. Sarwer and al. auprès de l'American Society for Aesthetic Plastic Surgery a montré que 84% des chirurgiens plasticiens avaient opéré des patients atteints de TDC sans avoir reconnu le diagnostic avant la fin de l'opération (74,75).

Pérez Rodriguez and al. ont mené une étude en 2019 en Australie sur la prévalence de TDC en dentisterie générale et prothétique. Ils ont ajouté un DCQ au questionnaire médical pour chaque patient. 4% des patients avaient un score au DCQ qui suggérait un TDC. Ce score était plus élevé dans les cabinets qui s'affichaient en spécialistes de l'esthétique (6,6% à 16,7%) (76).

Aux Pays-Bas en 2009, A. De Jongh and al. ont relevé les chiffres suivants (77):

- 47% des patients qui se présentent à une clinique dentaire esthétique ont déjà subi des interventions dentaires esthétiques contre 24,8% dans l'échantillon de référence.
- 9,5% des patients qui se présentent à une clinique dentaire esthétique ont un score positif au questionnaire de dépistage de TDC contre 5,5% dans l'échantillon de référence.

Au Royaume-Uni en 2006, Sarah Hepburn and al. ont relevé un score positif au dépistage de TDC pour 7,5% des patients du service hospitalier d'orthodontie contre 2,83% dans la population générale (78).

En 2001, Katherine A. Phillips and al. rapportent des résultats mitigés suite aux traitements esthétiques chez les patients atteints de TDC. Seuls 3,6% des patients déclarent une amélioration des symptômes généraux de TDC à la suite de l'intervention. Même les patients ayant déclaré percevoir une amélioration de leur défaut perçu affirmaient s'en préoccuper tout autant qu'avant l'opération (79).

En 2012, Jean Tignol and al. ont montré que (80) :

- 57% des patients atteints de TDC qui ont subi une intervention esthétique ne déclarent aucun résultat. Ils trouvent que l'opération n'a rien changé.
- 21% des patients atteints de TDC qui ont subi une intervention esthétique déclarent des résultats positifs à l'intervention
- De nombreux patients atteints de TDC qui ont subi une intervention esthétique déclarent que leur trouble s'est accentué après l'opération :
    - 50% des soins dentaires pratiqués sur des patients atteints de TDC
    - 22% des chirurgies esthétiques pratiqués sur des patients atteints de TDC
    - 8% des soins dermatologiques pratiqués sur des patients atteints de TDC

Toutefois, en 2014, Gabriel A. Felix and al. ont montré que (81) :

- 81% des patients souffrant de TDC léger à modéré qui avaient subi une intervention esthétique étaient en rémission complète après 1 ans.
- 90% des patients souffrant de TDC léger à modéré qui avaient subi une intervention esthétique étaient satisfaits du résultat de l'opération.

Ces chiffres mettent en lumière la complexité de la prise en charge esthétique des patients souffrant de TDC.

2. Comportement du patient souffrant de Trouble Dysmorphique Corporel :

a. Insatisfaction :

La plupart du temps, les patients souffrant de TDC sont persuadés que l'intervention esthétique va résoudre tous les problèmes de leur vie. Les énormes attentes, souvent irréalistes, qu'ils placent en la procédure esthétique expliquent l'insatisfaction qu'ils éprouvent après l'opération. Ils vont s'attendre à une transformation drastique et vivront très mal les petits tracas post opératoires comme les aléas de cicatrisation et les éventuelles complications qui seront pour eux une grande source d'angoisse. Cette

situation va amplifier leur désespoir et leur colère. Cela peut avoir un effet dévastateur sur eux et sur le praticien. En effet, cette insatisfaction, en plus d'être susceptible d'accentuer leurs symptômes, peut les amener à entamer des procédures judiciaires à l'encontre du praticien ayant effectué l'acte esthétique. Cela peut également les pousser à la violence voire même à commettre des activités illégales (11,75).

Sur 265 chirurgiens esthétiques interrogés lors d'une enquête en 1998, 29% déclaraient avoir été menacés juridiquement, 2% physiquement et 10% avaient reçu des menaces de poursuite judiciaire ou de violence (82).

b. Violence :

Même si la plupart des patients souffrant de TDC ne sont ni agressifs ni violents, un chirurgien qui opère un patient atteint de TDC peut se retrouver confronté à une situation qui dépasse la simple insatisfaction du patient. Ce dernier peut vouloir se venger pour compenser l'intervention qui selon lui aurait aggravé son défaut. Il peut ainsi en venir à menacer le praticien de violence ou d'attenter un procès contre lui (42,74).

Les symptômes des patients souffrant de TDC sont susceptibles de les faire rentrer dans une rage telle qu'ils peuvent en venir à lancer des objets lourds, casser des objets ou enfoncer leur poing dans les murs ou les portes. Ils peuvent en venir à blesser physiquement quelqu'un s'ils sont convaincus (à tort) que ce dernier se moque de leur apparence. Dans son livre « Understanding Body Dysmorphic Disorder an essential guide » paru en 2009, Katharine A. Phillips fait mention d'une patiente qui aurait dû interrompre sa participation à une étude car elle avait des idées de meurtre envers une autre participante qui, selon elle, se moquait de son apparence (42).
Les études qu'elle a menées indiquent que 28% des personnes souffrant de TDC déclarent avoir été violentes, avoir endommagé des biens ou blessé physiquement quelqu'un spécifiquement à cause du TDC (42).

Il faut néanmoins garder à l'esprit que la violence physique d'un patient souffrant de TDC envers son praticien est très rare. Les patients ayant un TDC sont plus susceptibles de se faire du mal à eux même que d'en faire à autrui (75).

c. Activités illégales :

Bien que cela concerne une minorité de patients atteints de TDC, ce trouble peut engendrer des comportements illégaux. Dans son livre « Understanding Body Dysmorphic Disorder an essential guide » paru en 2009, Katharine A. Phillips mentionne certains de ces patients qui auraient volé un traitement contre l'acné d'une valeur d'environ 1000 dollars dans une pharmacie, agressé des gens ou seraient rentrés par effraction dans des habitations pour « se rendre en Californie » afin de « se faire bronzer ». Elle parle aussi d'un homme qui se serait retrouvé en prison après avoir fait exploser une bombe car il trouvait qu'on s'était moqué de lui. Elle relate également l'expérience d'un patient qui aurait attaqué son chirurgien au couteau car il n'était pas satisfait du résultat de l'opération (42).

Par ailleurs trois chirurgiens ont été assassinés depuis 1991 par des patients souffrant de TDC insatisfaits par leurs soins (74).

3. Éthique :

En dentisterie esthétique, les soins ne font que très peu l'objet de remboursent par les systèmes de protection de santé. Cela place les patients atteints de TDC en dehors de certains contrôles et les rend vulnérables aux lois du marché, en particulier lorsque les soins peuvent être exécutés rapidement et qu'ils ne sont pas invasifs. Dans ces situations, les questions de l'éthique et de la validité de la demande esthétique tardent souvent à être abordées. Il est primordial de s'assurer que le patient ai bien compris les risques et les limites des traitements esthétiques entrepris, même dans le cas de traitements non invasifs, afin de s'assurer que les attentes du patient soit réalistes (11).

a. La notion de consentement éclairé :

L'article R4127-233 du Code de la santé publique stipule que « *le chirurgien-dentiste qui a accepté de donner des soins à un patient s'oblige à lui assurer des soins éclairés et conformes aux données acquises de la science, soit personnellement, soir lorsque*

sa conscience le lui commande en faisant appel à un autre chirurgien-dentiste ou à un médecin » (84).
D'après cet article, il est donc obligatoire de s'assurer que le patient soit en mesure d'émettre un consentement éclairé, et, en cas de suspicion de TDC ou « *lorsque notre conscience nous le commande* », il convient d'adresser le patient auprès d'un médecin compétant.
En dentisterie, même pour les procédures esthétiques non chirurgicales, la compréhension et la connaissance des contre-indications relatives aux pathologies psychologiques sous-jacentes est primordiale. Une prise en charge inappropriée présente un haut risque de préjudice pour le patient et expose le praticien à des sanctions professionnelles ou des litiges juridiques (75).

La capacité des patients atteint de TDC à donner son consentement éclairé a été remise en question lors de certaines affaires juridiques (74).

En 2001, Lynn G accuse son chirurgien esthétique le Dr Hugo de faute médicale alléguant l'absence de consentement éclairé. Durant 6 ans, Lynn a rendu environ 50 visites à son chirurgien au sujet de diverses procédures cosmétiques. Elle aurait subi plusieurs interventions comme la chirurgie des paupières, l'élimination des rides, le tatouage des sourcils et la liposuccion faciale. En 1993, il procède à une liposuccion du ventre après avoir informé la patiente des risques et obtenu son consentement éclairé.
Elle prétend ne pas avoir la capacité de consentir aux procédures car elle souffre de TDC. Elle affirme que la connaissance qu'a le chirurgien de son traitement par antidépresseur ainsi que les nombreuses interventions esthétiques « inutiles » qu'il lui a prodiguées auraient dû alerter le chirurgien sur l'état psychiatrique instable de sa patiente et son incapacité à émettre un consentement éclairé. Elle accuse également le chirurgien de ne pas lui avoir mentionné les alternatives moins invasives auxquelles elle aurait pu prétendre. Après l'examen du dossier médical de la patiente, l'affaire est rejetée, le diagnostic de TDC n'ayant pas été clairement posé avant l'opération (85).

Il est très probable que si le diagnostic de TDC avait été posé avant l'opération, l'affaire n'aurait pas été rejetée et la patiente aurait gagné le procès. En effet, les patients diagnostiqués comme atteints de TDC sont incapables de donner un consentement

éclairé fiable car ils souffrent d'une déficience mentale dans la perception qu'ils ont de leur défaut physique (74).

b. Trouble Dysmorphique Corporel diagnostiqué :

Un patient souffrant de TDC sera très facilement enclin à donner son consentement pour la réalisation de procédures esthétiques. Or nous avons vu précédemment que la notion d'« éclairé » est remise en question chez les patients atteints de ce trouble. Nous savons que tout soin réalisé doit être prodigué selon les données acquises de la science et être à l'origine d'une amélioration physique et mentale pour le patient.
Or pour nombre de patients atteints de TDC, à fortiori s'ils souffrent d'une forme sévère du trouble, une intervention esthétique ne fera qu'aggraver les symptômes du trouble. En cas d'aggravation du trouble à la suite d'une intervention, le praticien porte la responsabilité des dommages psychologiques dont il est à l'origine (86).

c. Trouble Dysmorphique Corporel non diagnostiqué :

La question se pose lorsque le TDC n'est pas diagnostiqué. A ce sujet, le docteur F Benkimoun affirme dans un article publié en 2015 que « ne pas prendre en compte la dimension psychologique de nos patients constitue une dérogation à l'éthique professionnelle, dans la mesure où nos actes ont des conséquences psychologiques » (87).
Néanmoins, le code de déontologie des chirurgiens-dentistes ne les oblige pas à procéder à une évaluation psychiatrique avant la réalisation d'un traitement esthétique. Ainsi, au regard de la loi, si les soins ont été prodigués en suivant les données acquises de la science, le praticien ne pourra pas être inquiété si le diagnostic de TDC est posé après l'intervention. Cela est valable que le TDC ait été antérieur au soin ou qu'il soit apparu à la suite de l'intervention (88).

II. Abord du patient et analyse de la demande :

1. Motif de consultation :

La première consultation doit permettre de déterminer si la demande esthétique est justifiée ou si elle est symptomatique d'une pathologie comme le TDC.
Souvent, ce sont des raisons émotionnelles et psychologiques qui motivent les patients atteints de TDC à envisager des soins esthétiques. En modifiant leur image, ils aspirent à correspondre à l'idée qu'ils se font du « beau » et se sentir plus désirable. Ils sont persuadés que modifier leur image, pourtant loin d'être disgracieuse, peut les aider à trouver plus facilement du travail par exemple (11).

Il est fréquent que les patients n'aient pas conscience de leur trouble ou qu'ils en aient honte. C'est pourquoi ils vont souvent omettre de mentionner leur trouble.
Selon les recommandations en chirurgie esthétique et dentaire, il est primordial de rester attentif aux patients qui montrent une grande préoccupation pour un petit défaut de leur apparence ou qui n'ont pas conscience qu'il est insignifiant, aux patients ayant des antécédents psychiatriques, des attentes irréalistes et ayant déjà été opérés plusieurs fois (89).

Lors de l'entretien qui précède un soin esthétique, un dépistage systématique du TDC prenant en compte les motivations du patient, ses attentes, ses préoccupations concernant son image corporelle est indiqué. Il faut également rester vigilent au comportement du patient (camouflage, compulsions…) (11).

2. Signes d'appel :

Il est important de savoir distinguer l'insatisfaction pathologique concernant l'apparence physique de celle justifiée par une réelle difformité. Il convient de rester attentif aux signes qui pourraient suggérer un TDC chez le patient et orienter l'entretien clinique en fonction de ceux-ci.
Un chirurgien esthétique, un chirurgien-dentiste spécialisé dans l'esthétique ou un dermatologue peuvent suggérer un diagnostic de TDC s'ils détectent des signaux d'appel comme l'historique du patient, ses comportements ou préoccupations (11).

Dans cette partie, nous allons résumer les caractéristiques du trouble énoncées dans la partie une et qui doivent attirer l'attention du praticien sur la présence potentielle d'un TDC chez son patient.

a. Manifestations du Trouble Dysmorphique Corporel :

Il s'agit des manifestations qui peuvent être observables lors de la première consultation. Elles définissent la pathologie ou font partie du tableau clinique du trouble. Il s'agit de repérer les signes suivants (42) :

- Préoccupation excessive pour un défaut mineur ou imaginaire de l'apparence physique.
- Attentes irréalistes : les soins dentaires vont changer leur rapport aux autres et améliorer drastiquement leur vie personnelle et/ou professionnelle.
- Camouflage : ne pas sourire, cacher sa bouche avec sa main ou un accessoire comme un foulard.
- Compulsions
- Pathological Skin Picking
- Rapport « pathologique » au miroir par consultation excessive ou évitement

b. Comorbidités :

Le TDC est souvent accompagné d'autres troubles mentaux. La présence avérée d'une de ces pathologies et à fortiori la prise de médicaments psychotropes actuelle ou passée doit donc nous alerter sur le risque pour le patient d'être également atteint de TDC. Il s'agit des troubles suivants (47) :

- Trouble obsessionnel compulsif
- Trouble dépressif majeur
- Trouble anxieux sévère
- Trouble du comportement alimentaire
- Phobie sociale
- Abus de substance

c. Situation sociale et familiale :

A cause de leur mal-être et de la honte qu'ils éprouvent quant à leur apparence physique, les patients souffrant de TDC ont tendance à s'isoler et leurs relations sociales sont souvent affectées et détériorées par leur trouble. Ainsi, il faut rester attentif aux signes suivants :

- Évitement social, chômage, absentéisme scolaire ou professionnel
- Divorce, célibat, personne isolée

d. Shopping médical

Les patients atteints de TDC ont tendance à consulter de nombreux professionnels dans le domaine de l'esthétique. En effet, éternellement insatisfaits par leur apparence, ils vont procéder à de nombreuses interventions chirurgicales ou cosmétiques dans le but d'améliorer leur apparence.
De plus, lorsqu'un praticien refusera d'effectuer un geste esthétique, ils ne vont pas hésiter à en consulter un autre pour arriver à leurs fins.
Par ailleurs, ils seront souvent insatisfaits du résultat des soins ce qui peut les pousser à se diriger vers un confrère du clinicien ayant réalisé le geste pour « rattraper » ce qui a été fait.
De ce fait, il est primordial de demander au patient s'il a déjà consulté un chirurgien-dentiste concernant le soin qu'il souhaite réaliser et s'il a sollicité plusieurs praticiens pour recueillir leur avis. Enfin, si tel est le cas, il peut être utile de contacter le ou les praticien(s) concerné(s) pour entendre leur expérience avec le patient dans le but de déceler une éventuelle demande pathologique de soin (43,90,91).

3. Dépistage :

La forte prévalence de patients atteints de TDC en médecine esthétique suggère qu'il pourrait être intéressant d'effectuer un bref dépistage systématique avant tout soin esthétique ou cosmétique. Pour cela, il faut demander explicitement au patient s'il est préoccupé par son apparence et repérer les indices de la présence de TDC comme les comportements compulsifs et de sécurité évoqués ci-dessus, l'évitement des

activités de groupe et l'anxiété sociale. En revanche, il n’est pas conseillé de demander au patient s'il est préoccupé par un défaut « imaginaire » de son apparence au risque de passer à côté du diagnostic. En effet, le mot « imaginaire » pose un problème car la plupart des patients considèrent leur défaut d’apparence physique comme réel et évident. Ils ont une perspicacité médiocre ou absente de leur trouble et peuvent nier être préoccupés par un problème d’apparence imaginaire (40,58).

Actuellement, on utilise les questionnaires pour dépister le TDC. Parmi eux, ceux qui semblent les plus pertinents et qui sont les plus fréquemment utilisés par les cliniciens esthéticiens sont le BIDQ et le BDQ. Ce sont les seuls qui ont été validés pour dépister le TDC dans le cadre de la chirurgie esthétique (11,75,92,93).

a. Le Body Image Disturbance Questionnaire :

Cet auto-questionnaire prend environ 12 minutes à être réalisé. Mis au point dans un contexte psychiatrique, il a une sensibilité de 100% et une spécificité de 89% auprès des patients candidats à une chirurgie esthétique (75).
Il s’agit du test le plus couramment utilisé pour dépister efficacement le TDC en ambulatoire. Il permet de prévenir le risque de morbidité importante du trouble tout en proposant une prise en charge adaptée au patient (11,75,92,93).

Il se présente comme suit :

BIDQ (© Thomas F. Cash and Kathleen A. Phillips)

This questionnaire assesses concerns about physical appearance. Please read each question carefully and circle the answer that best describes your experience. Also write in answers where indicated.

Are you concerned about the appearance of some part(s) of your body which you consider especially unattractive? (Circle the best answer)

1	2	3	4	5
Not at all concerned	Somewhat concerned	Moderately concerned	Very concerned	Extremely concerned

What are these concerns? What specifically bothers you about the appearance of these body parts? _____

_____

_____

If you are at least somewhat concerned, do these concerns preoccupy you? That is, you think about them a lot and they're hard to stop thinking about? (Circle the best answer)

1	2	3	4	5
Not at all preoccupied	Somewhat preoccupied	Moderately preoccupied	Very preoccupied	Extremely preoccupied

What effect has your preoccupation with your appearance had on your life? (Please describe):

_____

_____

Has your physical "defect" often caused you a lot of distress, torment, or pain? How much? (Circle the best answer)

1	2	3	4	5
No distress	Mild, and not too disturbing	Moderate and disturbing but still manageable	Severe, and very disturbing	Extreme, and disabling

Has your physical "defect" caused you impairment in social, occupational or other important areas of functioning? How much? (Circle the best answer)

1	2	3	4	5
No limitation	Mild interference but overall performance not impaired	Moderate, definite interference, but still manageable	Severe, causes substantial impairment	Extreme, incapacitating

Has your physical "defect" significantly interfered with your social life? How much? (Circle the best answer)

1	2	3	4	5
Never	Occasionally	Moderately Often	Often	Very Often

If so, how? _____

_____

_____

Has your physical "defect" significantly interfered with your schoolwork, your job, or your ability to function in your role? How much? (Circle the best answer)

1	2	3	4	5
Never	Occasionally	Moderately Often	Often	Very Often

If so, how? _____

_____

_____

Do you ever avoid things because of your physical "defect"? How often? (Circle the best answer)

1	2	3	4	5
Never	Occasionally	Moderately Often	Often	Very Often

If so, what do you avoid? _____

_____

Figure 8 : Body Image Disturbance Questionnaire (68)

Traduction du BIDQ en français :

Ce questionnaire évalue les préoccupations relatives à l'apparence physique. Veuillez lire attentivement chaque question et encercler la réponse qui décrit le mieux votre expérience. Inscrivez également les réponses aux endroits indiqués.

1. A. Êtes-vous préoccupé par l'apparence de certaines parties de votre corps que vous considérez comme particulièrement peu attrayantes ?
   B. Quelles sont ces préoccupations ? Qu'est-ce qui vous dérange particulièrement au sujet de l'apparence de ces parties du corps ?

2. A. Si vous êtes au moins un peu préoccupé, ces préoccupations vous obsèdent-elles ? Autrement dit, y pensez-vous beaucoup et vous est-il difficile d'arrêter d'y penser ?
   B. Quel effet a votre préoccupation à l'égard de votre apparence sur votre vie ? (Veuillez décrire)

3. A. Votre « défaut » physique vous a-t-il souvent causé beaucoup de détresse, de tourment ou de douleur ? Dans quelle mesure ?

4. A. Votre « défaut » physique vous a-t-il causé une déficience sociale, professionnelle ou dans d'autres domaines importants ? Dans quelle mesure ?

5. A. Votre « défaut » physique a-t-il considérablement nui à votre vie sociale ? Dans quelle mesure ?
   B. Si oui comment ?

6. A. Votre « défaut » physique a-t-il considérablement nui à votre travail scolaire, à votre travail ou à vos responsabilités ? Dans quelle mesure ?
   B. Si oui comment ?

7. A. Évitez-vous des choses à cause de votre « défaut » physique ? À quelle fréquence ?
   B. Si oui, qu'évitez-vous ?

Pour toutes les questions « A », noter :

- 1 : pas du tout
- 2 : un peu / occasionnellement
- 3 : modérément
- 4 : beaucoup
- 5 : extrêmement

Le résultat du test est la moyenne des scores des 7 points. L'étude de validation du questionnaire menée en 2004 par Thomas F Cash montre que (68) :

- Pour la population générale, les scores sont de :
    - 1,57 ± 0,60 pour les hommes
    - 1,81 ± 0,67 pour les femmes
- Pour les patients souffrants de TDC : 4,30 ± 0,62

Un résultat au test compris entre 3,68 et 4,92 doit nous alerter sur la présence potentielle d'un TDC.

b. Le Dysmorphic Concern Questionnaire :

Ce test de dépistage utilisé en psychiatrie a une sensibilité de 72% et une spécificité de 90,7%. Comme nous l'avons vu précédemment, il se compose de 7 questions dont le score varie de 0 à 21 (75).

Have you ever:				
1. Been very concerned about some aspect of your physical appearance	Not at all	Same as most people	More than most people	Much more than most people
2. Considered yourself misformed or misshapen in some way (e.g. nose/hair/skin/sexual organs/ overall body build)	Not at all	Same as most people	More than most people	Much more than most people
3. Considered your body to be malfunctional in some way (e.g. excessive body odour, flatulence, sweating)	Not at all	Same as most people	More than most people	Much more than most people
4. Consulted or felt you needed to consult a plastic surgeon/dermatologist/physician about these concerns	Not at all	Same as most people	More than most people	Much more than most people
5. Been told by others/doctor that you are normal in spite of you strongly believing that something is wrong with your appearance or bodily functioning	Not at all	Same as most people	More than most people	Much more than most people
6. Spent a lot of time worrying about a defect in your appearance/bodily functioning	Not at all	Same as most people	More than most people	Much more than most people
7. Spent a lot of time covering up defects in your appearance/bodily functioning	Not at all	Same as most people	More than most people	Much more than most people

Figure 9 : Dysmorphique Concern Questionnaire

Traduction du DCQ en français :

1. Avez-vous déjà été très concernés par un aspect de votre apparence physique ?

2. Vous êtes-vous déjà considérés déformés ou malformés d'une quelconque manière ?

3. Avez-vous déjà considéré que votre corps était dysfonctionnel d'une quelconque manière ?

4. Avez-vous déjà consulté ou trouvé que vous devriez consulter un chirurgien plastique, un dermatologue ou un médecin pour ces raisons ?

5. Un docteur ou une tierce personne vous ont-ils déjà dit que vous étiez normal alors que vous trouvez que quelque chose ne va pas dans votre apparence ou dans le fonctionnement de votre corps ?

6. Avez-vous déjà passé beaucoup de temps à vous soucier d'un défaut de votre apparence ?

7. Avez-vous déjà passé beaucoup de temps à camoufler un défaut de votre apparence ?

Noter chaque question comme suit :

- 0 : pas du tout
- 1 : autant que la plupart des gens
- 2 : plus que la plupart des gens
- 3 : beaucoup plus que la plupart des gens

Un score total supérieur ou égal à 11 indique une suspicion de TDC (75).

c. Autres questionnaires :

A défaut de faire une évaluation psychologique systématique qui peut s'avérer chronophage, la mise en place d'un bref questionnaire de dépistage semble une bonne alternative pour identifier les patients susceptibles d'être atteints de TDC (11).

Dans cette optique, Hélène Lafargue propose dans son article, « Le Body Dysmorphic Disorder : une contre-indication aux traitements esthétiques ? » publié en 2010, le questionnaire suivant (11) :

1. Êtes-vous satisfaits de votre apparence ?
2. Y a-t-il quelque chose que vous souhaiteriez changer dans votre apparence ?
3. Y a-t-il des choses que vous ne faites pas à cause de votre apparence ?
4. Avez-vous déjà consulté quelqu'un à ce sujet ?
5. Qu'attendez-vous de votre traitement ?

La même idée est reprise par Martin James dans son article « Body dysmorphic disorder and facial aesthetic treatments in dental practice » publié en 2019. Ce dernier propose l'utilisation du questionnaire mis au point par le National Institute for Health and Clinical Excellence en 2005 (75) :

1. Vous préoccupez-vous beaucoup de votre apparence et souhaiteriez-vous y penser moins souvent ?
2. Quelles sont vos préoccupations spécifiques concernant votre apparence ?
3. Au cours d'une journée normale, combien d'heures par jour pensez-vous à votre apparence ? (Plus d'une heure par jour est considéré comme excessif)
4. Quel effet cela a-t-il sur votre vie ?
5. Cela vous empêche-t-il de travailler ou d'être avec vos amis ?

Ces questionnaires présentent l'avantage d'être plus rapides à mettre en place mais ne permettent pas de poser un diagnostic. Leur but est de déceler une faiblesse psychologique chez le patient. Ils suggèrent au praticien une susceptibilité de trouble chez son patient mais ne sont pas des tests valides de dépistage du TDC (11,75).

III. Réponses à apporter au cabinet dentaire :

1. Parcours de soins du patient :

D'après les recommandations en chirurgie esthétique et dentaire, il convient de porter une grande attention aux patients préoccupés par une déformation minime de leur apparence physique, à fortiori s'ils n'ont pas conscience de l'insignifiance de leur défaut, ainsi qu'à ceux ayant déjà été opérés plusieurs fois et ceux qui auraient un historique psychiatrique.
Lorsqu'un patient arrive avec une doléance esthétique, il est primordial de prendre du recul et de se demander si l'on doit accéder à la requête du patient. Il faut évaluer la balance bénéfices / risques, l'indication du traitement et anticiper les conséquences physiques et mentales des soins entrepris (11).

Dans son article « Body dysmorphic disorder and facial aesthetic treatment in dental practice » publié en 2019, Martin James suggère d'aborder les patients qui viennent pour des doléances esthétiques de la manière suivante :

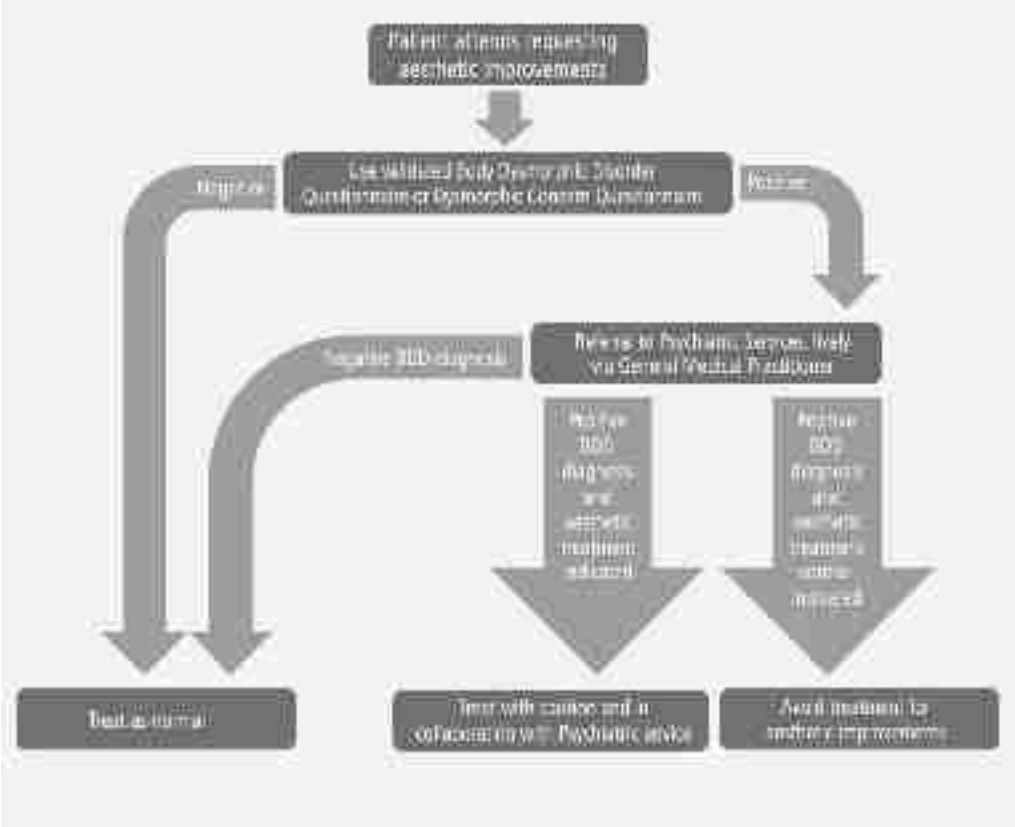


Figure 10 : Arbre décisionnel de la prise en charge des patients demandant des améliorations esthétiques d'après Martin James and al. (75)

Durant la première consultation, le praticien va demander au patient quels soins il souhaite entreprendre, les motifs qui le poussent à vouloir avoir recours aux soins esthétiques et les attentes qu'il en a.
C'est à cette étape que le questionnaire est proposé au patient. La suite de la prise en charge dépendra des résultats du test de dépistage du TDC (75) :

- Si les résultats du test sont négatifs et que le doute est écarté quant à la présence d'un TDC chez le patient, la procédure de soins esthétiques peut être entreprise.

- Si le résultat du test est positif et que le patient est susceptible d'être atteint de TDC, le parcours de soins esthétiques est interrompu et le praticien adresse le patient à un psychiatre qui pourra confirmer le diagnostic et prodiguer au patient les soins appropriés. Pour des raisons de bon fonctionnement du système de soins, il est préférable d'adresser le patient à son généraliste afin que ce dernier

l'oriente vers un professionnel de la santé mentale. C'est le psychiatre qui confirmera ou infirmera la suspicion de TDC dont dépendra la suite des soins :

- Si le psychiatre infirme la suspicion de TDC, le traitement esthétique peut avoir lieu

- Même si le psychiatre confirme le diagnostic de TDC, le traitement esthétique peut parfois avoir lieu. Dans ce cas, c'est le psychiatre qui jugera de la pertinence du soin esthétique pour son patient et les soins devront être réalisés avec précautions et en suivant les consignes du psychiatre.

- Par ailleurs le psychiatre peut estimer que les soins esthétiques sont contre-indiqués, ce qui mettra fin à la procédure de soins esthétiques pour le patient.

2. Avis favorable à la demande de soins esthétiques :

La question de savoir si le TDC constitue une contre-indication aux interventions esthétiques est soumise à controverse. Si certains sont catégoriques et pensent que ce trouble constitue une contre-indication absolue à de tels soins, d'autres estiment qu'un TDC léger à modéré sans déficience fonctionnelle significative n'est pas incompatible avec les soins esthétiques. Pour eux, si la préoccupation esthétique est localisée et que les attentes du patient sont réalistes, l'intervention esthétique peut être réalisée (75).

Nous pouvons faire le choix d'informer le patient sur la possibilité qu'il a de recevoir un traitement cosmétique s'il le souhaite, en lui disant que ce n'est pas recommandé et que les résultats risquent fortement de ne pas le satisfaire, mais le mieux reste de l'encourager à chercher un traitement psychiatrique adapté dans le but d'améliorer son bien-être et de réduire son obsession et sa détresse (10).

Cependant, en cas de doute sur la présence d'un TDC chez un patient, il est préférable d'adresser le patient à son médecin généraliste puis à un psychiatre (comme nous l'avons vu ci-dessus) avant toute intervention esthétique, pour s'assurer du bien-être du patient et du bon déroulement des soins (75).

En l'absence de TDC ou si le psychiatre estime que le trouble ne constitue pas une contre-indication, les soins esthétiques peuvent être entrepris par le chirurgien-dentiste (75)

3. Abstention thérapeutique :

Les données disponibles suggèrent que les nombreux soins esthétiques entrepris par les patients atteints de TDC sont majoritairement inefficaces. L'insatisfaction qu'ils éprouvent au sujet de leur apparence subsiste après les soins. Cela s'explique par leur trouble : la perturbation obsessionnelle de l'image de leur corps est délirante et non réelle. Il ne faut pas s'attendre à ce que les modifications de caractéristiques physiques réduisent la symptomatologie du trouble (38).

Par ailleurs, différentes études menées sur ce trouble tendent à confirmer que les traitements esthétiques, qu'ils soient plastiques, dermatologiques ou dentaires, n'améliorent presque jamais les symptômes de TDC. Pour certains patients, de tels soins vont engendrer de nouveaux problèmes d'apparence (38,60,94–96).
L'origine de leur trouble étant d'ordre psychiatrique, ils ont tendance à concentrer leur attention sur les résultats du traitement qu'ils trouvent souvent insuffisants, ou à déplacer leur attention sur une autre partie du corps qui ne leur posait pas de problème jusque-là (11).

Dans son étude réalisée en 2018, A Rosten montre que 60% des soins orthodontiques réalisés sur des patients atteints de TDC se soldent par un échec. Les patients ne décrivent pas d'amélioration, voir une aggravation de leur trouble. Elle en conclue que le traitement esthétique n'est pas recommandé pour les patient formellement diagnostiqués avec un TDC (91).

Katherine A. Phillips rapporte dans une étude 3,6% d'amélioration chez des patients atteints de TDC après la chirurgie. Cependant, parmi ces patients déjà peu nombreux, certains s'étaient focalisés sur une autre partie de leur corps et d'autres vivaient dans l'angoisse d'en venir à nouveau à ne plus aimer la partie du corps soignée. La conclusion reste donc la même : le TDC ne constitue pas une contre-indication absolue aux procédures esthétiques, mais en cas de suspicion de TDC chez un patient, il faut reporter les soins et le réorienter vers un professionnel de la santé mentale, quitte à envisager à nouveau les soins par la suite (89).

Ainsi, face à la moindre suspicion de TDC chez un patient, il est préférable d'essayer de dissuader ce dernier d'entreprendre une procédure esthétique et de le diriger vers un spécialiste de la santé mentale afin qu'il puisse bénéficier d'une prise en charge appropriée et pour éviter ces situations indésirables pour tout le monde (11).

IV. Adresser le patient pour une prise en charge psychiatrique :

Que l'on prenne la décision de réaliser l'intervention esthétique demandée par le patient ou non, la prise en charge du TDC doit obligatoirement inclure une thérapeutique psychiatrique. Lors de la première consultation, il est primordial d'expliquer au patient l'importance d'un entretien auprès d'un spécialiste de la santé mentale qui pourra poser un diagnostic sûr et précis. Il s'agit de mettre en place une thérapeutique pluridisciplinaire adaptée dans le but d'obtenir le bien-être du patient (91).

1. Adresser le patient :

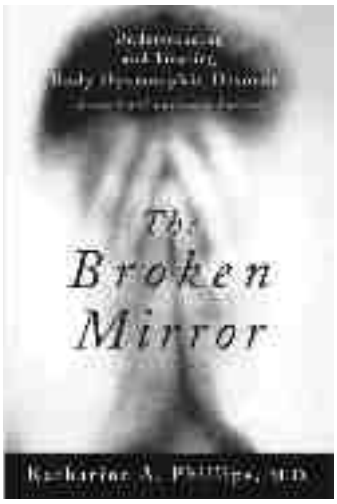
Lorsque le test de dépistage révèle un diagnostic positif de TDC, le chirurgien-dentiste devrait reporter le geste esthétique et orienter son patient vers un professionnel de la santé mentale avec qui il travaillera en étroite collaboration. Le but est de fournir au patient une approche holistique de ses besoins psychologiques et opératoires, en

prenant en compte le caractère réaliste ou irréaliste du patient vis-à-vis des résultats qu'il attend du traitement (75).

Adresser un patient atteint de TDC à un service de santé mentale compétant est primordial. Néanmoins, il faudra continuer à recevoir et soigner le patient pour les autres soins dentaires et afin de suivre l'évolution de la prise en charge psychiatrique (97).

a. Expliquer au patient son trouble :

C'est un aspect particulièrement délicat de la prise en charge. En effet, le patient qui consulte s'attend à recevoir des soins esthétiques pour corriger son « défaut physique ». Il ne s'attend pas à ce que le praticien lui explique qu'il lui suspecte un trouble psychiatrique. Il est conseillé au praticien d'aborder le diagnostic du TDC de manière directe, comme il le ferait pour n'importe quelle autre maladie, en expliquant clairement les raisons qui lui font penser que le patient est atteint de TDC. Le praticien peut suggérer à son patient des livres comme « *The Broken Mirror: Understanding and Treating Body Dysmorphic Disorder* » de Katharine Phillips (en anglais), « *Les défauts physiques imaginaires* » de Jean Tignol (en Français) ou des sites internet sur le TDC pour l'aider à accepter le diagnostic et lui permettre de comprendre son trouble. Il faut rester vigilent sur les mots employés pour décrire l'apparence du patient pour éviter toute mésinterprétation qui pourrait augmenter l'anxiété du patient (10,11).



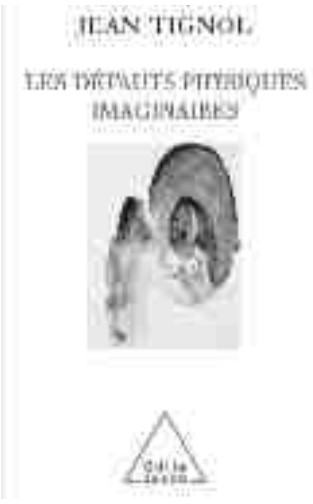


Figure 11 : Couverture du livre « the broken mirror » de Katherine A Phillips

Figure 12 : Couverture du livre « Les défauts physiques imaginaires » de Jean Tignol

Katherine A. Phillips suggère simplement d'expliquer au patient que, pour une raison inconnue, les personnes atteintes de TDC ont une perception différente de leur apparence et que leur opinion quant à cette dernière peut différer de celle des autres. Il n'est pas nécessaire de rentrer dans les détails. Le praticien peut également faire mention des symptômes comme la détresse ou les difficultés de fonctionnement du patient. Ce dernier pourra ainsi se reconnaitre et être d'accord avec les conclusions du praticien sur sa souffrance. Il est inutile de rassurer le patient en lui disant que son apparence « à l'air bien » car sa mauvaise perspicacité du trouble l'empêche d'accepter ce type d'affirmation, même de la part d'un clinicien. Il faut également éviter de se disputer avec le patient ou d'avoir des discussions prolongées sur son apparence (10).

b. Convaincre le patient :

Il s'agit d'une situation délicate car le praticien ne va pas accéder à la requête du patient et la conversation peut s'avérer difficile. Si le patient est sceptique par rapport au diagnostic, il va refuser le recours au spécialiste de la santé mentale. A la place, il risque d'aller consulter un autre dentiste dans l'espoir que ce dernier accepte la prise en charge esthétique. (11).

Cependant, si le discours est bien argumenté, le patient peut répondre positivement à la préoccupation du praticien pour sa santé globale. Il est important de mentionner que ce trouble est une maladie comme une autre et qu'à ce titre il est curable, qu'il existe des solutions, qu'il ne s'agit pas d'un échec, qu'une prise en charge appropriée lui permettra de réduire ses souffrances, sa détresse et ses préoccupations concernant son défaut physique perçu, qu'elle lui rendra un quotidien plus facile et agréable. Il faut également mentionner le fort risque d'échec en cas de poursuite des soins esthétiques, ce qui pourrait aggraver les symptômes du trouble (57,98).

La famille du patient peut également s'avérer d'une grande aide dans la prise de décision d'un suivi psychiatrique. Elle a souvent conscience que l'attention que porte le patient sur son apparence est démesurée et peut être à l'origine d'une démarche de

soins psychiatriques non envisagée par le patient lui-même. Le praticien peut en faire des alliés utiles pour faire accepter au patient son parcours de soins (11).
Pour que la prise en charge soir efficace, il faut que le patient soit acteur dans sa guérison et motivé au changement. Il doit être convaincu des bienfaits d'une prise en charge holistique. En ce sens, il peut s'avérer plus efficace de mettre l'accent sur les symptômes invalidants du patient comme la détresse ou l'évitement plutôt que de critiquer ses convictions quant à son apparence physique (11).

c. Difficultés pour le chirurgien-dentiste d'adresser son patient :

L'enjeu est non seulement de convaincre le patient de l'importance des soins pluridisciplinaires, mais également les médecins généralistes et les psychiatres. Ils seront d'autant plus susceptibles de prendre au sérieux les interrogations du chirurgien-dentiste que ce dernier aura suivi un protocole de dépistage valide (75).
Cependant, une étude menée en 2006 par K. J. Juggins and al. auprès d'orthodontistes souligne les difficultés suivantes (98) :

- 30,5% des praticiens ont déclaré n'avoir personne à qui adresser leur patient
- 15,8% des praticiens ont déclaré craindre la réaction des patients
- 12,4% des praticiens ont déclaré que l'équipe psychiatrique niait la nécessité d'une prise en charge spécialisée
- 9,6% des praticiens ont déclaré que la liste d'attente des consultations psychiatriques était trop longue

Le fait d'adresser le patient à son généraliste afin que ce dernier l'adresse à un psychiatre peut permettre de réduire une partie de ces difficultés (98).

2. Enjeux de la prise en charge psychiatrique :

Il est primordial pour le clinicien de traiter le trouble dans sa globalité et non pas comme un TOC ou autre trouble qui lui ressemble ou lui est comorbide (22).
Les traitements de première intention du TDC sont les médicaments psychotropes et la thérapie cognitivo-comportementale (TCC). Bien que certains patients accueillent positivement le diagnostic de TDC, soulagés d'apprendre qu'ils ont un véritable trouble

traitable, la plupart des patients sont persuadés d'être vraiment déformés et résistent au diagnostic. Il est souvent difficile d'impliquer le patient dans le traitement du TDC, ce dernier trouvant dans le soin esthétique une meilleure réponse à son problème. L'enjeu est donc d'établir une alliance avec le patient afin qu'il soit disposé à essayer le traitement (40).

3. Psychoéducation :

Il s'agit d'expliquer son trouble au patient afin de réduire l'insight et ainsi d'augmenter sa conscience du TDC. Plus le patient prend conscience de son trouble, plus il est motivé pour le soigner. Selon C. Majdalani, la psychoéducation comporte deux grands axes (86) :

- Définir le trouble : d'abord d'une manière générale, puis plus précisément définir les symptômes dont souffre le patient.
- Reconnaitre le caractère pathologique du trouble : il s'agit de comparer les symptômes de TDC avec le comportement qu'adopterait un individu sain dans la même situation.

Patient dysmorphophobique	Individu sain
Douloureusement et honteusement insatisfait de son corps	N'est pas nécessairement satisfait de son corps
Image corporelle perçue déformée et non fidèle à l'apparence physique	Image corporelle plutôt fidèle de l'apparence physique objective
Perçoit son corps en mode « zoom sur les défauts »	Possède une vision globale de son corps, des défauts comme des qualités
Recours à la chirurgie esthétique nécessaire voire vital	Le recours à la chirurgie esthétique est un bonus, ou un luxe

Figure 13 : Les différences de perception de l'apparence physique entre un patient atteint de TDC et un individu sain (86)

4. Entretien motivationnel :

Comme l'ont démontré les docteurs S Wilhelm et K Phillips dans leur étude menée entre 2011 et 2016 sur les effets de la TCC sur le TDC, le succès d'un traitement pour les patients atteints de TDC repose en grande partie sur la motivation. En effet, lors de cette étude, une patiente a décidé d'arrêter la thérapie par manque de motivation au changement de ses habitudes comportementales pathologiques (99).

Par ailleurs, la motivation du patient permet un meilleur engagement de sa part dans le traitement, qu'il soit psychologique, médicamenteux ou chirurgical, ce qui augure une meilleure réussite des soins entrepris ainsi qu'une meilleure acceptation du résultat final (100).

Il est donc primordial que le patient soit motivé et engagé dans son parcours de soins pour que la prise en charge psychologique soit efficace. Selon C Majdalani, les différents points qui constituent l'entretien motivationnel sont les suivants (86) :

- Connaître la demande réelle du patient : il s'agit de construire une alliance thérapeutique avec lui pour qu'il se sente suffisamment en confiance pour livrer les réelles pensées et émotions conduisant à son trouble.
- Comprendre les croyances et obsessions du patient : il s'agit d'une feuille que le patient devra remplir pendant une semaine. Il y inscrira ses préoccupations corporelles et leur intensité. S'en suivra une conversation avec le thérapeute dans le but d'identifier ses croyances.
- Déceler les comportements compulsifs : il s'agit d'une feuille que le patient devra remplir pendant une semaine. Il y inscrira les comportements obsessionnels qu'il effectuera en les classant dans les catégories suivantes :
    - Évitement
    - Vérification
    - Recherche de réassurance
    - Comportement de rassurement

  Il indiquera le temps passé à effectuer ces comportements. Ainsi, avec le thérapeute, il pourra constater les conséquences chronophages de ses compulsions.
- Trouver ce qui déclenche ses obsessions : il s'agit de mettre en lumière ce qui a déclenché, déclenche ou peut déclencher ses symptômes. A nouveau, le patient est invité à renseigner une feuille avec toutes les situations qui seraient susceptibles de provoquer ou d'augmenter ses préoccupations.

Cet entretien motivationnel permet au professionnel de la santé mentale de cerner précisément les symptômes de TDC de son patient afin de mettre en place une thérapeutique personnalisée et précise pour chaque malade (86).

5. La Thérapie Cognitivo-Comportementale (TCC) :

La TCC est considérée comme le traitement le plus efficace pour soigner le TDC. Cette thérapie se concentre sur les pensées et les comportements qui entretiennent le trouble. Elle enseigne au patient à réduire les comportements compulsifs et de sécurité en adoptant une nouvelle manière d'évaluer leurs pensées liées à l'apparence physique (2).

La TCC est axée sur la souffrance du patient et lui permet de trouver des solutions pour augmenter sa qualité de vie sans avoir recours à l'évitement. Cette approche permet au patient de reconnaitre son trouble et d'accepter son traitement (22).
Par rapport à une psychothérapie de soutien, la TCC semble avoir de meilleurs résultats sur la qualité de vie du patient ainsi que des résultats plus réguliers sur la gravité de l'ensemble des symptômes de TDC (101).

Plusieurs techniques de TCC peuvent être utilisées pour soigner le TDC. On retrouve par exemple (99) :

- La psychoéducation est la formulation de cas qui consiste à élaborer avec le patient un model cognitivo-comportemental des symptômes de TDC et de leurs causes hypothétiques.
- La restructuration cognitive qui identifie les erreurs cognitives et les remplace par des pensées plus réalistes
- L'exposition et la prévention rituelle qui exposent le patient à une situation jugée inconfortable. Le patient est invité à ne pas effectuer de comportement de sécurité pendant l'exposition.
- La pleine conscience qui permet d'arrêter de focaliser son attention sur les défauts physiques perçus.
- La stratégie cognitive avancée qui permet au patient d'identifier et de modifier des croyances.

- La prévention de rechute qui permet au patient de prévenir, anticiper et réagir aux signes de rechute.

La TCC peut également cibler les symptômes tels que le skin picking ou la recherche de soins esthétiques (96).

6. Prise en charge médicamenteuse :

Les antidépresseurs ont été reconnus pour améliorer les principaux symptômes de TDC tels que réduire la suicidalité, l'anxiété et augmenter la qualité de vie de la plupart des patients. Ils sont d'autant plus indiqués que le patient est gravement malade et suicidaire. De plus, la mise en place de traitement pharmacologique est souvent plus accessible que la TCC et présente l'avantage de pouvoir également traiter les comorbidités comme le TDM, le TAS ou le TOC. Cependant, ils ne devront être employés que si le rapport bénéfice/risque est favorable (22,40).

Par rapport aux autres troubles psychiatriques, le TDC nécessite un dosage significativement plus important d'antidépresseurs pour qu'ils soient efficaces ce qui peut compliquer la prise en charge pédiatrique et la gestion des effets indésirables. On va titrer les médicaments en restant vigilent à l'amélioration de l'état du patient et à sa tolérance. Généralement, la thérapie d'augmentation dure 6 à 8 semaines et la dose maximale recommandée par le laboratoire est atteinte en 5 à 9 semaines. On attend la fin de cette période pour déterminer l'efficacité du produit (102).

Les molécules de première intention sont les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS). Ces derniers sont souvent bien tolérés mais il faut quand même informer le patient sur les effets secondaires potentiels et de la manière de les gérer s'ils surviennent. Ils ne présentent pas d'accoutumance et diminuent les symptômes dépressifs ainsi que les pensées suicidaires du patient atteint de TDC.
En cas d'échec du traitement, ils peuvent être couplés ou remplacés par la Clomipramine, qui présente plus d'effets secondaires (2,40).

a. Les Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine (ISRS) :

Actuellement considérés comme le traitement somatique de choix pour le TDC, les ISRS s'avèrent efficaces quel que soit l'insight du trouble (22,40).
Cette famille de molécule présente l'avantage de réduire considérablement les idées suicidaires et de protéger de leur aggravation (22).
Les molécules de choix sont l'Escitalopram et la Fluoxétine. Parmi les molécules couramment prescrites, on retrouve également le Citalopram qui induit plus d'effets secondaires (notamment cardiaques) aux doses requises (58).

Mécanismes d'action :

La sérotonine, est un neurotransmetteur formé à partir de l'acide aminé tryptophane par hydroxylation en 5-hydroxytryptophane (5-HTP) puis par décarboxylation en 5-hydroxytryptamine (5-HT). Elle est libérée dans la fente synaptique au moment de la dépolarisation neuronale. Elle se lie alors à la fois aux récepteurs postsynaptiques, les récepteurs 5-hydroxytryptamine et aux auto-récepteurs présynaptiques de la sérotonine. En se liant aux autorécepteurs, elle empêche la libération ultérieure de sérotonine au niveau de la fente synaptique. Au niveau de la membrane présynaptique, le transporteur hautement sélectif de la sérotonine (SERT) capture la sérotonine de la fente synaptique et la transporte dans les neurones présynaptiques où elle sera recyclée dans les vésicules présynaptiques.

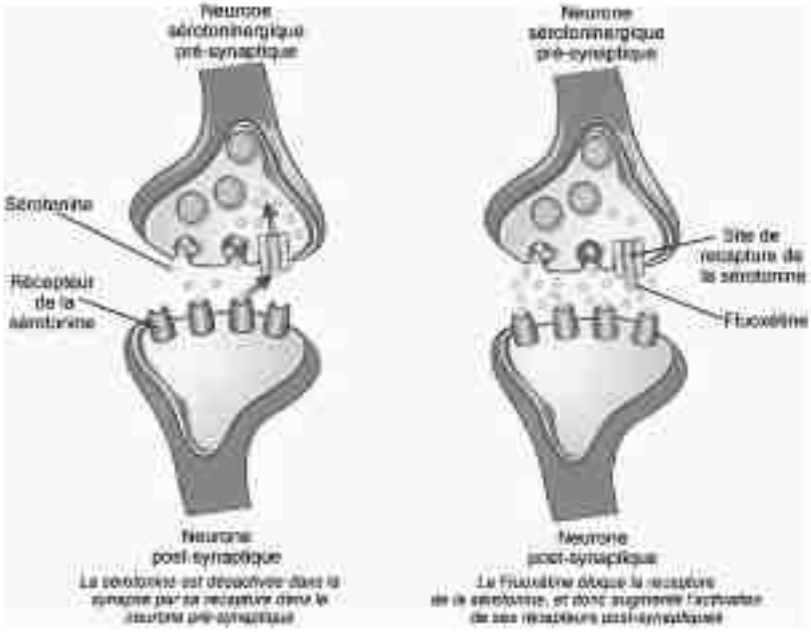


Figure 14 : Mécanisme d'action des ISRS

Au niveau du cerveau, un déficit en sérotonine est à l'origine de troubles psychiatriques comme la dépression, l'anxiété, les troubles maniaques…
C'est là qu'interviennent les ISRS en bloquant les sites de recapture de la sérotonine. La sérotonine va donc s'accumuler dans la fente synaptique et se fixer davantage sur les récepteurs postsynaptiques (58).

Indication et effets secondaires des ISRS dans le traitement du TDC :

Les ISRS sont particulièrement indiqués pour traiter le TDC car ils agissent positivement sur tous les symptômes mis en évidence par le BDD-YBOCS. Ainsi, avec une posologie appropriée, on pourra observer (40) :

- Un meilleur contrôle des obsessions et des compulsions avec une réduction de leur fréquence
- Une diminution de la détresse, de l'anxiété, de la dépression, des idées suicidaires et de l'isolement social
- Une amélioration de la perception de l'apparence
- Une diminution de l'insight avec la prise de conscience de la maladie et de l'absence de défaut physique majeur.

En revanche, les posologies étant élevées, les patients seront exposés à des effets indésirables plus conséquents comme les insomnies et les rêves agités, la sédation ou l'agitation, les vertiges, les troubles gastro-intestinaux ou les troubles de l'éjaculation.
Les idées suicidaires font partie des effets secondaires possibles. Mais elles sont nettement plus marquées comme symptôme de TDC qu'en temps qu'effet secondaire. Cet effet secondaire étant rare et minime par rapport au symptôme de TDC, les ISRS sont tout de même considérés comme réduisant les idées suicidaires du TDC (40).

Posologie :

Les dosages nécessaires pour soigner le TDC sont supérieurs aux dosages usuels utilisés pour soigner la dépression. Il convient de les augmenter avec prudence et de rester attentif à la réponse du patient au traitement et de la tolérance du médicament (102).
Dans son article « the Mirror Lies : Body Dysmorphic Disorder » paru en 2008, Thomas J. Hunt propose les dosages suivants :

Médicament	*Dosage moyen*
Citalopram (Celexa)	50 mg par jour
Clomipramine (Anafranil)	140 mg par jour
Escitalopram (Lexapro)	30 mg par jour
Fluoxétine (Prozac)	80 mg par jour
Fluvoxamine (Luvox; marque uniquement disponible en capsules à libération prolongée)	Plus de 200 mg par jour

Figure 15 : Dosage efficace des médicaments utilisés pour soigner le TDC (103)

Il précise que ce sont des dosages hors AMM, testés sur un petit nombre de patients et qu'il manque encore des études pour déterminer précisément le dosage thérapeutique efficace pour soigner le TDC (103).

En fonction des molécules, ces dosages sont dans la fourchette haute voir doublée par rapport à la posologie usuelle pour la dépression (104).

Durée du traitement :

En général, il faut attendre 12 à 16 semaines pour juger de la réponse au traitement par ISRS. La durée du traitement est en moyenne de 6 mois mais elle est variable d'un sujet à l'autre. Lors de l'arrêt, il est important de réduire la dose lentement et progressivement. Le processus de diminution doit s'étaler sur plusieurs mois pour limiter le risque de rechute.
C'est un trouble pour lequel il y a beaucoup de rechutes. C'est pourquoi certains patients poursuivent le traitement pour maintenir la rémission. Attention toutefois à rester vigilent aux effets secondaires, les doses efficaces étant plus importantes que pour d'autres troubles (102).

b. Les Antidépresseurs tricycliques : la Clomipramine :

Mécanisme d'action :

Il s'agit d'un inhibiteur non sélectif de la recapture de la sérotonine qui va empêcher la recapture présynaptique de la sérotonine et de la noradrénaline, facilitant les transmissions synaptiques (105).

Indication et effets secondaires de la clomipramine dans le traitement du Trouble Dysmorphique Corporel :

La Clomipramine est indiquée en seconde intention dans le traitement du TDC pour la forme delusionale et la forme non delusionale.
Étant moins sélective, elle induit plus d'effets indésirables que les ISRS. Parmi eux on retrouve un effet sédatif par blocage des récepteurs H1 à l'histamine, mais également des effets anticholinergique responsable de nombreux effets indésirables comme la confusion, la désorientation, l'hallucination visuelle, la vision trouble, la bouche sèche, la nausée ou la constipation, etc… (106).

V. Réévaluation de la demande esthétique :

Lorsqu'on soupçonne un patient de présenter un TDC, il convient de différer le geste esthétique jusqu'à ce qu'une évaluation complète de sa santé mentale soit réalisée par le psychiatre. Si le diagnostic de TDC est posé, une prise en charge psychiatrique médicamenteuse et/ou de TCC sera entreprise avant la réalisation de l'acte esthétique. De cette manière, le patient ainsi que le professionnel de la santé mentale pourront évaluer l'efficacité de la potentielle intervention esthétique (75).

La décision du recours aux soins esthétiques sera prise dans un deuxième temps par le patient, le psychiatre et le chirurgien-dentiste qui se seront concertés. Ce parcours de soins transdisciplinaire garanti aux patients une prise en charge idéale, raisonnée et apaisée. Il s'agit d'une prise en charge holistique qui a déjà fait ses preuves dans le domaine de la chirurgie bariatrique avant lesquelles une évaluation psychologique est obligatoire. Dans cette discipline, la chirurgie bariatrique peut être contre-indiquée aux motifs de TCA symptomatiques d'un problème psychologique sous-jacent (75).

Cette approche pluridisciplinaire nécessite une étroite communication entre le chirurgien-dentiste et les professionnels de la santé mentale. Il s'agit d'une collaboration difficile à mettre en place compte tenu des moyens financiers des différents services de soins mais qui devrait représenter une norme d'excellence (75).

Conclusion

Le Trouble Dysmorphique Corporel est un trouble psychiatrique complexe encore trop souvent méconnu. Cette pathologie aux origines multiples et aux conséquences qui peuvent s'avérer dramatiques, tant pour le patient que pour le praticien, mérite toute notre attention, à fortiori lorsqu'il s'agit d'entamer une procédure de soins esthétiques. En effet, il s'agit d'un trouble sous-diagnostiqué avec un insight élevé pour lequel une demande de soins esthétiques déraisonnée constitue souvent la principale porte d'entrée diagnostique. En tant que chirurgien-dentiste, il est important de prendre du recul face à la demande du patient et de rester attentif aux différents signes d'appels que l'on pourrait déceler lors de la première consultation.
En ce sens, un entretien structuré et bien mené est primordial pour comprendre les réelles attentes du patient et différencier une demande cohérente d'une demande irréaliste, guidée par un trouble sous-jacent.

Le rôle du chirurgien-dentiste n'est pas de poser le diagnostic de TDC. Cependant, en cas de suspicion de TDC, différents questionnaires peuvent se révéler utiles pour prendre la décision d'adresser le patient à un psychiatre qui pourra confirmer ou infirmer nos doutes et mettre en place une stratégie thérapeutique appropriée comme la thérapie cognitivo-comportementale et la prise de médicaments comme les ISRS avec une posologie adaptée qui ont montré une bonne efficacité sur ce trouble.

Il est important de mettre en place une prise en charge pluridisciplinaire : c'est le psychiatre qui sera alors à l'origine de la décision de prise en charge esthétique ou d'abstention thérapeutique. Les autres soins dentaires pourront être réalisés et le suivi dentaire habituel du patient devra être maintenu. Cela permettra aussi de suivre l'évolution du trouble du patient.

Le fait de rester attentif à l'état psychologique du patient permet au chirurgien-dentiste de prévenir les complications futures et d'éviter toute intervention superflue. De plus, cela permet de se prémunir contre des situations frustrantes tant pour le patient que pour le praticien lui-même et garantit un environnement de travail plus confortable.

Références Bibliographiques

Références bibliographiques :

1. Phillips KA, Dufresne RG. Body Dysmorphic Disorder. Prim Care Clin Off Pract. mars 2002;29(1):99-111.
2. Hrefna Harðardóttir, Harðardóttir H, Hauksdóttir A, Björnsson AS. Líkamsskynjunarröskun: Helstu einkenni, algengi, greining og meðferð. Læknablaðið. 5 mars 2019;2019(03):125-31.
3. Cuzzolaro M, Nizzoli U. Enrico Morselli and the Invention of Dysmorphophobia. In: Cuzzolaro M, Fassino S, éditeurs. Body Image, Eating, and Weight. Cham: Springer International Publishing; 2018. p. 85-95.
4. Schnackenberg N. Young people's experiences of body dysmorphic disorder in education settings: a grounded theory. Educ Psychol Pract. 3 avr 2021;37(2):202-20.
5. Bjornsson AS, Didie ER, Phillips KA. Body dysmorphic disorder. Dialogues Clin Neurosci. 30 juin 2010;12(2):221-32.
6. Kerfant N, Henry AS, Ta P, Trimaille A, Philandrianos C, Hu W. Body Dysmorphic Disorder et chirurgie esthétique : une revue de la littérature. Ann Chir Plast Esthét. déc 2015;60(6):512-7.
7. Phillips KA, Hart AS, Simpson HB, Stein DJ. Delusional versus nondelusional body dysmorphic disorder: recommendations for DSM-5. CNS Spectr. févr 2014;19(1):10-20.
8. Phillips K, Menard W, Pagano M, Fay C, Stout R. Delusional versus nondelusional body dysmorphic disorder: Clinical features and course of illness. J Psychiatr Res. mars 2006;40(2):95-104.
9. Crocq MA, Guelfi JD. DSM-5: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015.
10. Phillips KA. The Presentation of Body Dysmorphic Disorder in Medical Settings. Prim Psychiatry. juill 2006;13(7):51-9.
11. Lafargue H. Le *Body Dysmorphic Disorder* : une contre-indication aux traitements esthétiques ? Actual Odonto-Stomatol. déc 2010;(252):311-23.
12. Angelakis I, Gooding PA, Panagioti M. Suicidality in body dysmorphic disorder (BDD): A systematic review with meta-analysis. Clin Psychol Rev. nov 2016;49:55-66.
13. Didie ER, Tortolani CC, Pope CG, Menard W, Fay C, Phillips KA. Childhood abuse and neglect in body dysmorphic disorder. Child Abuse Negl. oct 2006;30(10):1105-15.
14. Dons F, Mulier D, Maleux O, Shaheen E, Politis C. Body dysmorphic disorder (BDD) in the orthodontic and orthognathic setting: A systematic review. J Stomatol Oral Maxillofac

Surg. sept 2022;123(4):e145-52.
15. Veale D, Gledhill LJ, Christodoulou P, Hodsoll J. Body dysmorphic disorder in different settings: A systematic review and estimated weighted prevalence. Body Image. sept 2016;18:168-86.
16. Schulte J, Schulz C, Wilhelm S, Buhlmann U. Treatment utilization and treatment barriers in individuals with body dysmorphic disorder. BMC Psychiatry. déc 2020;20(1):69.
17. Minty A, Minty G. The prevalence of body dysmorphic disorder in the community: a systematic review. Glob PSYCHIATRY Arch. 1 oct 2021;4(2):130-54.
18. Phillips KA, Gunderson CG, Mallya G, McElroy SL, Carter W. A Comparison Study of Body Dysmorphic Disorder and Obsessive-Compulsive Disorder. J Clin Psychiatry. 15 nov 1998;59(11):568-75.
19. Ahluwalia R, Bhatia N, Kumar P, Kaur P. Body dysmorphic disorder: Diagnosis, clinical aspects and treatment strategies. Indian J Dent Res. 2017;28(2):193.
20. Knutson B. Panel Session Imaging Reward in the Addicted Human Brain: What Have We Learned So Far? 2004;
21. Feusner JD, Yaryura-Tobias J, Saxena S. The pathophysiology of body dysmorphic disorder. Body Image. mars 2008;5(1):3-12.
22. Phillips KA. Body Dysmorphic Disorder: Common, Severe and in Need of Treatment Research. Psychother Psychosom. 2014;83(6):325-9.
23. Beilharz FL, Atkins KJ, Duncum AJF, Mundy ME. Altering Visual Perception Abnormalities: A Marker for Body Image Concern. Allen P, éditeur. PLOS ONE. 22 mars 2016;11(3):e0151933.
24. Rauch SL, Phillips KA, Segal E, Makris N, Shin LM, Whalen PJ, et al. A preliminary morphometric magnetic resonance imaging study of regional brain volumes in body dysmorphic disorder. Psychiatry Res Neuroimaging. janv 2003;122(1):13-9.
25. Buhlmann U, McNally RJ, Wilhelm S, Florin I. Selective processing of emotional information in body dysmorphic disorder. J Anxiety Disord. janv 2002;16(3):289-98.
26. Li W, Arienzo D, Feusner JD. Body Dysmorphic Disorder: Neurobiological Features and an Updated Model. Z Für Klin Psychol Psychother. juill 2013;42(3):184-91.
27. Vulink NC, Planting RS, Figee M, Booij J, Denys D. Reduced striatal dopamine D 2/3 receptor availability in Body Dysmorphic Disorder. Eur Neuropsychopharmacol. févr 2016;26(2):350-6.
28. Striatum. In: Wikipedia. 2023.
29. Legenbauer T, Thiemann P, Vocks S. Body Image Disturbance in Children and

Adolescents with Eating Disorders: Current Evidence and Future Directions. Z Für Kinder-Jugendpsychiatrie Psychother. janv 2014;42(1):51-9.
30. Body dysmorphic disorder: the distress of imagined ugliness. Am J Psychiatry. sept 1991;148(9):1138-49.
31. Webb HJ, Zimmer-Gembeck MJ, Mastro S. Stress exposure and generation: A conjoint longitudinal model of body dysmorphic symptoms, peer acceptance, popularity, and victimization. Body Image. sept 2016;18:14-8.
32. Malcolm A, Pikoos TD, Grace SA, Castle DJ, Rossell SL. Childhood maltreatment and trauma is common and severe in body dysmorphic disorder. Compr Psychiatry. août 2021;109:152256.
33. Jiotsa B, Naccache B, Duval M, Rocher B, Grall-Bronnec M. Social Media Use and Body Image Disorders: Association between Frequency of Comparing One's Own Physical Appearance to That of People Being Followed on Social Media and Body Dissatisfaction and Drive for Thinness. Int J Environ Res Public Health. 11 mars 2021;18(6):2880.
34. Khan W, Yumna Zafar, Maryam Khalid. Social Media and Body Dysmorphic Disorder (BDD): Is There Any Link? J Pak Med Assoc. 1 avr 2022;72(2):393-393.
35. Phillipou A, Castle D. Body dysmorphic disorder in men. Aust Fam Physician. 2015;44(11):798-801.
36. de Vries DA, Vossen HGM, van der Kolk – van der Boom P. Social Media and Body Dissatisfaction: Investigating the Attenuating Role of Positive Parent–Adolescent Relationships. J Youth Adolesc. mars 2019;48(3):527-36.
37. Body dysmorphic disorder: the distress of imagined ugliness. Am J Psychiatry. sept 1991;148(9):1138-49.
38. Grant JE, Phillips KA. Recognizing and Treating Body Dysmorphic Disorder. Ann Clin Psychiatry. 1 oct 2005;17(4):205-10.
39. Phillips KA, Didie ER, Feusner J, Wilhelm S. Body Dysmorphic Disorder: Treating an Underrecognized Disorder. Am J Psychiatry. sept 2008;165(9):1111-8.
40. Phillips KA, Hollander E. Treating body dysmorphic disorder with medication: Evidence, misconceptions, and a suggested approach. Body Image. mars 2008;5(1):13-27.
41. Veale D, Riley S. Mirror, mirror on the wall, who is the ugliest of them all? The psychopathology of mirror gazing in body dysmorphic disorder. Behav Res Ther. déc 2001;39(12):1381-93.
42. Phillips KA. Understanding body dysmorphic disorder: an essential guide. Oxford ; New York: Oxford University Press; 2009. 301 p.

43. Phillips KA, Menard W, Fay C, Weisberg R. Demographic Characteristics, Phenomenology, Comorbidity, and Family History in 200 Individuals With Body Dysmorphic Disorder. Psychosomatics. juill 2005;46(4):317-25.
44. Veale D. Advances in a cognitive behavioural model of body dysmorphic disorder. Body Image. janv 2004;1(1):113-25.
45. Grant JE, Menard W, Phillips KA. Pathological skin picking in individuals with body dysmorphic disorder. Gen Hosp Psychiatry. nov 2006;28(6):487-93.
46. Kelly MM, Didie ER, Phillips KA. Personal and appearance-based rejection sensitivity in body dysmorphic disorder. Body Image. juin 2014;11(3):260-5.
47. Gunstad J, Phillips KA. Axis I comorbidity in body dysmorphic disorder. Compr Psychiatry. juill 2003;44(4):270-6.
48. Bottemanne H, Frileux S, Guesdon A, Fossati P. Mise à jour des croyances et congruence à l'humeur dans le trouble dépressif. L'Encéphale. avr 2022;48(2):188-95.
49. Fang A, Hofmann SG. Relationship between social anxiety disorder and body dysmorphic disorder. Clin Psychol Rev. déc 2010;30(8):1040-8.
50. Summers BJ, Aalbers G, Jones PJ, McNally RJ, Phillips KA, Wilhelm S. A network perspective on body dysmorphic disorder and major depressive disorder. J Affect Disord. févr 2020;262:165-73.
51. Phillips KA, Didie ER, Menard W. Clinical features and correlates of major depressive disorder in individuals with body dysmorphic disorder. J Affect Disord. janv 2007;97(1-3):129-35.
52. Pinto A, Phillips KA. Social anxiety in body dysmorphic disorder. Body Image. déc 2005;2(4):401-5.
53. Phillips KA, Kaye WH. The Relationship of Body Dysmorphic Disorder and Eating Disorders to Obsessive-Compulsive Disorder. CNS Spectr. mai 2007;12(5):347-58.
54. Grant JE, Menard W, Pagano ME, Fay C, Phillips KA. Substance Use Disorders in Individuals With Body Dysmorphic Disorder. J Clin Psychiatry. 15 mars 2005;66(03):309-16.
55. Mancuso SG, Knoesen NP, Castle DJ. The Dysmorphic Concern Questionnaire: A screening measure for body dysmorphic disorder. Aust N Z J Psychiatry. 16 avr 2010;100416054850067-8.
56. Rosen JC, Ramirez E. A comparison of eating disorders and body dysmorphic disorder on body image and psychological adjustment. J Psychosom Res. mars 1998;44(3-4):441-9.
57. Scott SE, Newton JT. Body dysmorphic disorder and aesthetic dentistry. Dent Update.

2 mars 2011;38(2):112-8.
58. Krebs G, Fernández de la Cruz L, Mataix-Cols D. Recent advances in understanding and managing body dysmorphic disorder. Evid Based Ment Health. août 2017;20(3):71-5.
59. Monzani B, Fallah D, Rautio D, Gumpert M, Jassi A, Fernández de la Cruz L, et al. Psychometric Evaluation of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale Modified for Body Dysmorphic Disorder for Adolescents (BDD-YBOCS-A). Child Psychiatry Hum Dev. 9 juin 2022;
60. Phillips KA, Didie ER, Menard W, Pagano ME, Fay C, Weisberg RB. Clinical features of body dysmorphic disorder in adolescents and adults. Psychiatry Res. mars 2006;141(3):305-14.
61. Rosen JC, Reiter J. Development of the Body Dysmorphic Disorder Examination. Behav Res Ther. sept 1996;34(9):755-66.
62. Rosen JC, Reiter J, Orosan P. Assessment of body image in eating disorders with the Body Dysmorphic Disorder Examination. Behav Res Ther. janv 1995;33(1):77-84.
63. Wilhelm S, Greenberg JL, Rosenfield E, Kasarskis I, Blashill AJ. The Body Dysmorphic Disorder Symptom Scale: Development and preliminary validation of a self-report scale of symptom specific dysfunction. Body Image. juin 2016;17:82-7.
64. Neziroglu F, McKay D, Yaryura-Tobias JA, Stevens KP, Todaro J. The overvalued ideas scale: development, reliability and validity in obsessive–compulsive disorder1 Behav Res Ther. sept 1999;37(9):881-902.
65. 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 Psychosom. 2014;83(6):341-53.
66. Neziroglu FA, Stevens KP, Yaryura-Tobias JA. Overvalued ideas and their impact on treatment outcome. Rev Bras Psiquiatr. déc 1999;21(4):209-16.
67. Veale D, Eshkevari E, Kanakam N, Ellison N, Costa A, Werner T. The Appearance Anxiety Inventory: Validation of a Process Measure in the Treatment of Body Dysmorphic Disorder. Behav Cogn Psychother. sept 2014;42(5):605-16.
68. 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. déc 2004;1(4):363-72.
69. Callaghan GM, Duenas JA, Nadeau SE, Darrow SM, Van Der Merwe J, Misko J. An empirical model of body image disturbance using behavioral principles found in Functional Analytic Psychotherapy and Acceptance and Commitment Therapy. Int J Behav Consult

Ther. 2012;7(2-3):16-24.
70. Collison J, Mahlberg J. Factor Analysis and Psychometric Validation of the Body Image Disturbance Questionnaire in an Australian Undergraduate Sample. Aust Psychol. 1 juin 2018;53(3):195-202.
71. Phillipou A, Castle D. Body dysmorphic disorder in men. Aust Fam Physician. 2015;44(11):798-801.
72. Danesh M, Beroukhim K, Bs CN, Levin E, Koo J. Body Dysmorphic Disorder Screening Tools for the Dermatologist: Paractical Dermatology. févr 2015;
73. Ghadakzadeh S, Ghazipour A, Khajeddin N, Karimian N, Borhani M. Body Image Concern Inventory (BICI) for Identifying Patients with BDD Seeking Rhinoplasty: Using a Persian (Farsi) Version. Aesthetic Plast Surg. déc 2011;35(6):989-94.
74. Sweis IE, Spitz J, Barry DR, Cohen M. A Review of Body Dysmorphic Disorder in Aesthetic Surgery Patients and the Legal Implications. Aesthetic Plast Surg. août 2017;41(4):949-54.
75. James M, Clarke P, Darcey R. Body dysmorphic disorder and facial aesthetic treatments in dental practice. Br Dent J. nov 2019;227(10):929-33.
76. Pérez Rodríguez C, Judge RB, Castle D, Phillipou A. Body dysmorphia in dentistry and prosthodontics: A practice based study. J Dent. févr 2019;81:33-8.
77. De Jongh A, Aartman IHA, Parvaneh H, Ilik M. Symptoms of body dysmorphic disorder among people presenting for cosmetic dental treatment: a comparative study of cosmetic dental patients and a general population sample. Community Dent Oral Epidemiol. août 2009;37(4):350-6.
78. Hepburn S, Cunningham S. Body dysmorphic disorder in adult orthodontic patients. Am J Orthod Dentofacial Orthop. nov 2006;130(5):569-74.
79. Phillips KA, Grant J, Siniscalchi J, Albertini RS. Surgical and Nonpsychiatric Medical Treatment of Patients With Body Dysmorphic Disorder. Psychosomatics. nov 2001;42(6):504-10.
80. Tignol J, Martin-Guehl C, Aouizerzate B. Body dysmorphic disorder (BDD). Presse Médicale. janv 2012;41(1):e22-35.
81. Felix GAA, De Brito MJA, Nahas FX, Tavares H, Cordás TA, Dini GM, et al. Patients with mild to moderate body dysmorphic disorder may benefit from rhinoplasty. J Plast Reconstr Aesthet Surg. mai 2014;67(5):646-54.
82. Sarwer DB, Wadden TA, Pertschuk MJ, Whitaker LA. Body Image Dissatisfaction and Body Dysmorphic Disorder in 100 Cosmetic Surgery Patients: Plast Reconstr Surg. mai

1998;101(6):1644-9.
83. Phillips KA. Understanding body dysmorphic disorder: an essential guide. Oxford ; New York: Oxford University Press; 2009. 301 p.
84. Article R4127-233 - Code de la santé publique - Légifrance.
85. Lynn G. v. Hugo, 96 N.Y.2d 306, 728 N.Y.S.2d 121, 752 N.E.2d 250 (N.Y. 2001).
86. Majdalani C. Traiter la dysmorphophobie - L'obsession de l'apparence: L'obsession de l'apparence. Malakoff: Dunod; 2017. 228 p.
87. Benkimoun F. Évaluation du risque psychologique : une éthique de la demande esthétique en orthodontie. Orthod Fr. déc 2015;86(4):269-76.
88. Section 2 : Code de déontologie des chirurgiens-dentistes (Articles R4127-201 à R4127-284) - Légifrance.
89. Phillips KA. The broken mirror: understanding and treating body dysmorphic disorder. Rev. and expanded ed. Oxford ; New York: Oxford University Press; 2005. 412 p.
90. Crerand CE, Franklin ME, Sarwer DB. Body Dysmorphic Disorder and Cosmetic Surgery: Plast Reconstr Surg. déc 2006;118(7):167e-80e.
91. Rosten A, Cunningham S, Newton JT. Body dysmorphic disorder: a guide to identification and management for the orthodontic team. J Orthod. 3 juill 2018;45(3):163-8.
92. Wilson JB, Arpey CJ. Body Dysmorphic Disorder: Suggestions for Detection and Treatment in a Surgical Dermatology Practice. Dermatol Surg. nov 2004;30(11):1391-9.
93. Picavet V, Gabriëls L, Jorissen M, Hellings PW. Screening tools for body dysmorphic disorder in a cosmetic surgery setting: Screening Tools for BDD. The Laryngoscope. déc 2011;121(12):2535-41.
94. Phillips KA, Dufresne RG. Body Dysmorphic Disorder: A Guide for Dermatologists and Cosmetic Surgeons. Am J Clin Dermatol. juill 2000;1(4):235-43.
95. Albertini RS, Phillips KA. Thirty-Three Cases of Body Dysmorphic Disorder in Children and Adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. avr 1999;38(4):453-9.
96. Phillips KA, Rogers J. Cognitive-Behavioral Therapy for Youth with Body Dysmorphic Disorder: Current Status and Future Directions. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. avr 2011;20(2):287-304.
97. Jongh A. Cosmetic Dentistry: concerns with facial appearance and body dysmorphic disorder. In 2013. p. 109-19.
98. Juggins KJ, Feinmann C, Shute J, Cunningham SJ. Psychological support for orthognathic patients – what do orthodontists want? J Orthod. juin 2006;33(2):107-15.
99. Wilhelm S, Phillips KA, Fama JM, Greenberg JL, Steketee G. Modular Cognitive–

Behavioral Therapy for Body Dysmorphic Disorder. Behav Ther. déc 2011;42(4):624-33.
100. Ritter V, Fluhr JW, Schliemann-Willers S, Elsner P, Strauß B, Stangier U. Body dysmorphic concerns, social adaptation, and motivation for psychotherapeutic support in dermatological outpatients: Body dysmorphic concerns in dermatology. JDDG J Dtsch Dermatol Ges. sept 2016;14(9):901-8.
101. Wilhelm S, Phillips KA, Greenberg JL, O'Keefe SM, Hoeppner SS, Keshaviah A, et al. Efficacy and Posttreatment Effects of Therapist-Delivered Cognitive Behavioral Therapy vs Supportive Psychotherapy for Adults With Body Dysmorphic Disorder: A Randomized Clinical Trial. JAMA Psychiatry. 1 avr 2019;76(4):363.
102. Hong K, Nezgovorova V, Uzunova G, Schlussel D, Hollander E. Pharmacological Treatment of Body Dysmorphic Disorder. Curr Neuropharmacol. 25 juill 2019;17(8):697-702.
103. Hunt TJ, Thienhaus O, Ellwood A. The mirror lies: body dysmorphic disorder. Am Fam Physician. 15 juill 2008;78(2):217-22.
104. Gervais R, Willoquet G, Diallo A, Talbert M. GPC: guide pharmaco clinique. 6e éd. Puteaux: les Éditions « Le Moniteur des pharmacies »; 2020.
105. Clomipramine. In: Wikipédia. 2021.
106. CLOMIPRAMINE (CHLORHYDRATE) MYLAN. VIDAL.

Annexes

Annexe 1 : Body Dysmorphique Disorder modification of the Y-BOCS

BODY DYSMORPHIC DISORDER MODIFICATION OF THE Y-BOCS (BDD-YBOCS)
(Adult version)

For each item circle the number identifying the response which best characterizes the patient during the **past week**.

---

1. TIME OCCUPIED BY THOUGHTS ABOUT BODY DEFECT

How much of your time is occupied by THOUGHTS about a defect or flaw in your appearance [list body parts of concern]?

0 = None
1 = Mild (less than 1 hr/day)
2 = Moderate (1-3 hrs/day)
3 = Severe (greater than 3 and up to 8 hrs/day)
4 = Extreme (greater than 8 hrs/day)

---

2. INTERFERENCE DUE TO THOUGHTS ABOUT BODY DEFECT

How much do your THOUGHTS about your body defect(s) interfere with your social or work (role) functioning? (Is there anything you aren't doing or can't do because of them?)

Y/N Spending time with friends
Y/N Dating
Y/N Attending social functions
Y/N Doing things w/family in and outside of home
Y/N Going to school/work each day
Y/N Being on time for or missing school/work
Y/N Focusing at school/work
Y/N Productivity at school/work
Y/N Doing homework or maintaining grades
Y/N Daily activities

0 = None
1 = Mild, slight interference with social, occupational, or role activities, but overall performance not impaired.
2 = Moderate, definite interference with social, occupational, or role performance, but still manageable.
3 = Severe, causes substantial impairment in social, occupational, or role performance
4 = Extreme, incapacitating.

---

3. DISTRESS ASSOCIATED WITH THOUGHTS ABOUT BODY DEFECT

How much distress do your THOUGHTS about your body defect(s) cause you?

Rate "disturbing" feelings or anxiety that seem to be triggered by these thoughts, not general anxiety or anxiety associated with other symptoms.

0 = None
1 = Mild, not too disturbing.
2 = Moderate, disturbing.
3 = Severe, very disturbing.
4 = Extreme, disabling distress.

---

1 ©1997, Katharine A. Phillips, M.D., Providence, RI

For each item circle the number identifying the response which best characterizes the patient during the **past week**.

---

4. RESISTANCE AGAINST THOUGHTS OF BODY DEFECT

How much of an effort do you make to resist these THOUGHTS?
How often do you try to disregard them or turn your attention away from these thoughts as they enter your mind?

Only rate effort made to resist, NOT success or failure in actually controlling the thoughts. How much patient resists the thoughts may or may not correlate with ability to control them.

0 = Makes an effort to always resist, or symptoms so minimal doesn't need to actively resist.
1 = Tries to resist most of time.
2 = Makes some effort to resist.
3 = Yields to all such thoughts without attempting to control them but yields with some reluctance.
4 = Completely and willingly yields to all such thoughts.

---

5. DEGREE OF CONTROL OVER THOUGHTS ABOUT BODY DEFECT

How much control do you have over your THOUGHTS about your body defect(s)?
How successful are you in stopping or diverting these thoughts?

0 = Complete control, or no need for control because thoughts are so minimal.
1 = Much control, usually able to stop or divert these thoughts with some effort and concentration.
2 = Moderate control, sometimes able to stop or divert these thoughts.
3 = Little control, rarely successful in stopping thoughts, can only divert attention with difficulty.
4 = No control, experienced as completely involuntary, rarely able to even momentarily divert attention.

---

6. TIME SPENT IN ACTIVITIES RELATED TO BODY DEFECT

The next several questions are about the activities/behaviors you do in relation to your body defects.

Read list of activities below to determine which ones the patient engages in.

How much time do you spend in ACTIVITIES related to your concern over your appearance [read activities patient engages in]?

0 = None
1 = Mild (spends less than 1 hr/day)
2 = Moderate (1-3 hrs/day)
3 = Severe (spends more than 3 and up to 8 hours/day)
4 = Extreme (spends more than 8 hrs/day in these activities)

© 1995, Katharine A. Phillips, M.D., Eric Hollander, M.D.

Read list of activities (check all that apply)

___Checking mirrors/other surfaces
___Grooming activities
___Applying makeup
___Excessive Exercise (time beyond 1 hr. a day)
___Camouflaging with clothing/other cover (rate time spent selecting/changing clothes, not time wearing them)
___Scrutinizing others' appearance (comparing)
___Questioning others about/discussing your appearance
___Picking at skin
___Other _____

For each item circle the number identifying the response which best characterizes the patient during the **past week**.

---

7. **INTERFERENCE DUE TO ACTIVITIES RELATED TO BODY DEFECT**

overall
How much do these ACTIVITIES interfere with your social or work (role) functioning? (Is there any performance, thing you don't do because of them?)

0 = None
1 – Mild, slight interference with social, occupational, or role activities, but performance not impaired.
2 – Moderate, definite interference with social, occupational, or role but still manageable.
3 – Severe, causes substantial impairment in social, occupational, or role performance.
4 = Extreme, incapacitating.

---

8. **DISTRESS ASSOCIATED WITH ACTIVITIES RELATED TO BODY DEFECT**

How would you feel if you were prevented from performing these ACTIVITIES? How anxious would you become?

Rate degree of distress/frustration patient would experience if performance of the activities were suddenly interrupted.

0 = None
1 – Mild, only slightly anxious if behavior prevented.
2 – Moderate, reports that anxiety would mount but remain manageable if behavior is prevented.
3 – Severe, prominent and very disturbing increase in anxiety if behavior is interrupted.
4 – Extreme, incapacitating anxiety from any intervention aimed at modifying activity.

---

9. **RESISTANCE AGAINST COMPULSIONS**

How much of an effort do you make to resist these ACTIVITIES?

Only rate effort made to resist, NOT success

0 = Makes an effort to always resist, or symptoms so minimal doesn't need to actively resist.
1 = Tries to resist most of the time.
2 = Makes some effort to resist.
3 = Yields to almost all of these behaviors without attempting to control them, but does so with

© 1997, Katharine A. Phillips, M.D., Eric Hollander, M.D.

or failure in actually controlling the activities. How much the patient resists these behaviors may or may not correlate with his/her ability to control them.

some reluctance.

4 = Completely and willingly yields to all behaviors related to body defect.

---

10. **DEGREE OF CONTROL OVER COMPULSIVE BEHAVIOR**

How strong is the drive to perform these behaviors?
How much control do you have over them?

0 = Complete control, or control is unnecessary because symptoms are mild.
1 = Much control, experiences pressure to perform the behavior, but usually able to exercise voluntary control over it.
2 = Moderate control, strong pressure to perform behavior, can control it only with difficulty.
3 = Little control, very strong drive to perform behavior, must be carried to completion, can delay only with difficulty.
4 = No control, drive to perform behavior experienced as completely involuntary and overpowering, rarely able to even momentarily delay activity.

©1997, Katharine A. Phillips, M.D., Eric Hollander, M.D.

For each item circle the number identifying the response which best characterizes the patient during the **past week**.

---

11. **INSIGHT**

Is it possible that your defect might be less noticeable or less unattractive than you think it is?

How convinced are you that [fill in body part] is as unattractive as you think it is?

Can anyone convince you that it doesn't look so bad?

0 = Excellent insight, fully rational.
1 = Good insight. Readily acknowledges absurdity of thoughts (but doesn't seem completely convinced that there isn't something besides anxiety to be concerned about).
2 = Fair insight. Reluctantly admits that thoughts seem unreasonable but wavers.
3 = Poor insight. Maintains that thoughts are not unreasonable.
4 = Lacks insight, delusional. Definitely convinced that concerns are reasonable, unresponsive to contrary evidence.

---

12. **AVOIDANCE**

Have you been avoiding doing anything, going any place, or being with anyone because of your thoughts or behaviors related to your body defects?
If YES, then ask: What do you avoid?

Rate degree to which patient deliberately tries to avoid things such as social interactions or work-related activities. Do not include avoidance of mirrors or avoidance of compulsive behaviors.

0 = No deliberate avoidance.
1 = Mild, minimal avoidance.
2 = Moderate, some avoidance clearly present.
3 = Severe, much avoidance; avoidance prominent.
4 = Extreme, very extensive avoidance; patient avoids almost all activities.

©1997, Katharine A. Phillips, M.D., Eric Hollander, M.D.

Brackets [ ] indicate material that should be read. Brackets are also used to indicate a pause.
Parentheses ( ) indicate optional material that may be read.
Italicized items are instructions to the interviewer.

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;33:17-22.

 ©1997, Katharine A. Phillips, M.D., Eric Hollander, M.D.

Annexe 2 :

	Item	Rating
1	Subject's description of the defect or slight appearance	[illegible]
2	Interviewer's rating of S's physical appearance	[illegible]
3	Presence of other types of somatic complaints	[illegible]
4	Personal interpretation of the defect (extent to which S believes the defect is [illegible])	[illegible]
5	Frequency of body checking	[illegible]
6	Dissatisfaction with appearance (skin)	[illegible]
7	Dissatisfaction with general appearance	[illegible]
8	Frequency of seeking reassurance about appearance from other people	[illegible]
9	How often S experiences upsetting preoccupations with appearance	[illegible]
10	Self-consciousness and embarrassment about appearance in public situations (e.g. strangers, [illegible])	[illegible]
11	Self-consciousness and embarrassment about appearance in social situations (e.g. at work)	[illegible]
12	How often S changes other people's non-verbal behavior (eyes)	[illegible]
13	Extent to which other people pay attention to the defect	[illegible]
14	How often S receives comments from others about his/her appearance	[illegible]
15	Extent to which other people comment about his/her appearance	[illegible]
16	How often S feel treated differently due to his or her appearance	[illegible]
17	Extent to which other people treat him or her differently due to appearance	[illegible]
18	How ingrained is physical appearance to S's identification	[illegible]
19	Extent of negative self-evaluation in a non-physical sense due to the appearance defect	[illegible]
20	Extent of negative evaluation in non-physical sense by others due to the appearance defect	[illegible]
21	Distorted physical comparisons	[illegible]
22	Degree of correlation in physical defect (using based on several questions, if caught in pairs, a separate assessment for delusional disorder cannot take place for appearance)	[illegible]
23	Avoidance of public situations due to appearance (e.g. restaurants, meetings, city streets)	[illegible]
24	Avoidance of social situations due to appearance (e.g. parties, speaking in gatherings, [illegible])	[illegible]
25	Avoidance of other physical contact due to appearance (e.g. hugging, kissing, dancing, [illegible])	[illegible]
26	Avoidance of physical activities (e.g. exercise or outdoor recreation) due to appearance	[illegible]
27	How often S camouflages or tries to hide his or her appearance (hair, skin, clothes, make-up, and so forth)	[illegible]
28	How often S alters his/her body position in order to hide the defect (e.g. turning head or posture)	[illegible]

	Item	Rating
29	Inhibiting physical contact with others (changes body accentuate or partially closing contact in order to hide defect, e.g. doesn't let someone touch parts of body [illegible])	[illegible]
30	Avoidance of looking at own face	[illegible]
31	Avoidance of others looking at body unclothed	[illegible]
32	How often S compares his or her appearance to that of other people	[illegible]
33	Reveals that the person has attempted or after the appearance defect	[illegible]
34	Appearance defect not accounted for by another disorder (separate classification for body and other disorders, e.g. anorexia or bulimia nervosa, might be relevant)	[illegible]

Annexe 3 : Brown Assessment of Beliefs Scale

Brown Assessment of Beliefs Scale - (Adult Version)

Belief (describe principal belief(s) during the past week):_____

_____

For each item circle the number identifying the response which best characterizes the patient **over the past week**. The patient's specific belief can be incorporated into the question--for example, "How convinced are you of this belief-- that you are really ugly and deformed?" Optional questions are indicated in parentheses; instructions to the interviewer are italicized.

---

1. Conviction

How convinced are you of these ideas/beliefs? Are you certain your ideas/beliefs are accurate? (What do you base your certainty on?)

0- Completely convinced beliefs are false (0% certainty).
1- Beliefs are probably not true, or substantial doubt exists.
2- Beliefs may or may not be true, or unable to decide whether beliefs are true or not.
3- Fairly convinced that beliefs are true but an element of doubt exists.
4- Completely convinced about the reality of held beliefs (100% certainty).

---

2. Perception of others' views of beliefs

What do you think other people (would) think of your beliefs? How certain are you that most people think your beliefs make sense?

(Interviewer should clarify if necessary that the patient answers this question assuming that others are giving their honest opinion.)

0- Completely certain that most people think these beliefs are unrealistic.
1- Fairly certain that most people think these beliefs are unrealistic.
2- Others may or may not think beliefs are unrealistic, or uncertain about others' views concerning these beliefs.
3- Fairly certain that most people think these beliefs are realistic.
4- Completely certain that most people think these beliefs are realistic.

(Interviewer should not ask this item if responses on item 1 and 2 are the same. In that case, give the same score as items 1 and 2.)

3. Explanation of differing views

You said that (*fill in response to item 1*), but that (*fill in response to item 2).*
How do you explain the difference between what you think and what others think about the accuracy of your beliefs?
(Who's more likely to be right?)

0- Completely certain that beliefs are unrealistic or absurd (e.g., "my mind is playing tricks on me.")
1- Fairly certain that beliefs are unrealistic.
2- Uncertain about why others don't agree-- beliefs may be unrealistic or others may be wrong.
3- Fairly certain that beliefs are true; view of others is less accurate.
4- Completely certain that beliefs are true; view of others is not accurate.

4. Fixity of beliefs

If I were to question (or challenge) the accuracy of your beliefs, what would your reaction be? Could I convince you that you're wrong? (Would you consider the possibility?)

(If necessary, supply a non-confrontational example.)

(Rate on the basis of whether the patient could be convinced, not whether s/he wishes s/he could be convinced.)

0- Eager to consider the possibility that beliefs may be false; demonstrates no reluctance to entertain this possibility.
1- Easily willing to consider the possibility that beliefs may be false; reluctance to do so is minimal.
2- Somewhat willing to consider the possibility that beliefs may be false, but moderate resistance is present.
3- Clearly reluctant to consider the possibility that beliefs may be false; reluctance is significant.
4- Absolutely refuses to consider the possibility that beliefs may be false--i.e., beliefs are fixed.

---

5. Attempt to disprove beliefs

How actively do you try to disprove or reject your ideas/beliefs? How much of an effort do you make to convince yourself that your beliefs are inaccurate?

(Interviewer should rate attempts patient makes to talk himself/herself out of the belief, not attempts to push the thoughts/ideas out of his/her mind or think about something else.)

0- Always involved in trying to disprove beliefs, or not necessary to disprove because beliefs are not true.
1- Usually tries to disprove beliefs.
2- Sometimes tries to disprove beliefs.
3- Occasionally attempts to disprove beliefs.
4- Makes no attempt to disprove beliefs.

---

6. Insight

What do you think has caused you to have these beliefs? Do they have a psychiatric or psychological cause, or are they actually true?

(Interviewer should determine what the patient actually believes, not what s/he has been told or hopes is true.)

(Recognition that the thoughts are excessive (i.e., take up too much time) or cause problems for the patient should not be considered equivalent to psychiatric/psychological etiology. Instead rate patient's awareness that the source/cause of the beliefs is psychiatric/psychological.)

0- Beliefs definitely have a psychiatric/psychological cause.
1- Beliefs probably have a psychiatric/psychological cause.
2- Beliefs possibly have a psychiatric/psychological cause.
3- Beliefs probably do not have a psychiatric/psychological cause.
4- Beliefs definitely do not have a psychiatric/psychological cause.

TOTAL BABS SCORE: _____ **= SUM OF QUESTIONS 1 THROUGH 6**

ADDITIONAL ITEM: *(Do not include in total score)*

7. Ideas/delusions of reference

Does it ever seem that people are talking about you or taking special notice of you because of *(fill in belief)*?
OPTIONAL: What about receiving special messages from your environment because of *(fill in belief)*?
(How certain are you of this?)

(This question pertains only to the belief(s) being assessed by the BABS interviewer– not if patient thinks s/he is noticed for a reason unrelated to the beliefs being assessed. Interviewer should NOT base answer on observable actions or compulsions; instead, rate core belief.)

0- No; others definitely do not take special notice of me.
1- Others probably do not take special notice of me.
2- Others may or may not take special notice of me.
3- Others probably do take special notice of me.
4- Others definitely do take special notice of me.

Annexe 4 : Appearance Anxiety Inventory

- Je vérifie mon apparence (par exemple dans des miroirs, en me touchant avec les doigts ou en me prenant en photo)
- Je compare mon apparence à celle des autres
- J'évite les situations ou les gens à cause de mon apparence
- Je réfléchis à la manière de camoufler mon apparence
- J'évite les surfaces réfléchissantes, les photos ou les vidéos de moi
- J'essaie de camoufler ou de modifier certains aspects de mon apparence
- Je rumine les évènements passés ainsi que des raisons qui explique mon apparence
- Je me concentre sur mon apparence plutôt que sur mon environnement
- J'essaie d'empêcher les gens de voir certains aspects de mon apparence

Annexe 5 : Body Dysmorphic Disorder Questionnaire

Body Dysmorphic Disorder Questionnaire (BDDQ)

Name_____ Date_____

This questionnaire asks about concerns with physical appearance. Please read each question carefully and circle the answer that is true for you. Also write in answers where indicated.

1) Are you worried about how you look? Yes No

–If yes: Do you think about your appearance problems a lot and wish you could think about them less? Yes No

–If yes: Please list the body areas you don't like: _____

Examples of disliked body areas include: your skin (for example, acne, scars, wrinkles, paleness, redness); hair; the shape or size of your nose, mouth, jaw, lips, stomach, hips, etc.; or defects of your hands, genitals, breasts, or any other body part.

NOTE: If you answered "No" to either of the above questions, you are finished with this questionnaire. Otherwise please continue.

2) Is your main concern with how you look that you aren't thin enough or that you might get too fat? Yes No

3) How has this problem with how you look affected your life?

- Has it often upset you a lot? Yes No
- Has it often gotten in the way of doing things with friends, dating, your relationships with people, or your social activities? Yes No

  –If yes: Describe how: _____

- Has it caused you any problems with school, work, or other activities? Yes No

  –If yes: What are they? _____

- Are there things you avoid because of how you look? Yes No

  –If yes: What are they? _____

4) On an average day, how much time do you usually spend thinking about how you look? (Add up all the time you spend in total in a day, then circle one.)

(a) Less than 1 hour a day (b) 1-3 hours a day (c) More than 3 hours a day

PERIN (Eloïse) – Conduite à tenir face à un patient souffrant de trouble dysmorphique corporel au cabinet dentaire
(Thèse : 3ème cycle Sci. odontol. : Strasbourg : 2023 ; N°59)
N°43.22.23.59

Résumé :

De nos jours, la société, au travers des différents médias et de la publicité, prône un idéal de beauté presque inatteignable.

Lorsque cela devient une préoccupation pathologique, on parle d'une dysmorphie corporelle. Ce trouble, dont les patients n'ont souvent pas conscience, et qui touche environ 2% de la population, se caractérise par l'obsession que peut avoir une personne pour un défaut imaginaire ou très léger d'une ou plusieurs parties de son corps. Cette pathologie est particulièrement présente dans les cabinets de médecine esthétique où elle touche de 5% à 15% des patients qui consultent en chirurgie plastique, dermatologie et stomatologie.

Encore méconnue, la dysmorphophobie mérite une attention particulière de la part des chirurgiens-dentistes qui sont amenés à répondre à des demandes esthétiques, souvent justifiées, mais qui, si elles revêtent un caractère pathologique non détecté, peuvent entraîner des conséquences significatives et préjudiciables autant pour le patient que pour le praticien.

Dans ce travail, nos objectifs sont de décrire le Trouble Dysmorphique Corporel, de comprendre comment la dépister, notamment par le biais de questionnaires et de proposer un protocole de prise en charge médical de ces patients au cabinet dentaire dans le but de respecter au mieux l'un des principes fondamentaux de notre profession de chirurgien-dentiste : "primum non nocere"

Rubrique de classement : Esthétique du sourire

Mots clés : *Trouble Dysmorphique Corporel, Psychiatrie, Odontologie esthétique, Prise en charge*

Me SH : *Body Dysmorphic Disorder, Psychiatry, Aesthetic dentistry, Patient care*

Jury :

Président : Pr OFFNER Damien

Assesseurs : Pr MUSSET Anne-Marie
Dr ETIENNE Olivier
Dr WILLMANN Claire

Coordonnées de l'auteur :
Adresse postale :
E. PERIN
4, Sentier du Liebschel
68410 TROIS EPIS