

# Le *Body Dysmorphic Disorder* : une contre-indication aux traitements esthétiques ?

## RÉSUMÉ



Hélène LAFARGUE  
Assistant hospitalo-universitaire  
Bordeaux II Victor-Segalen,  
81, cours Balguerie Stutzenberg,  
33300 Bordeaux.

> Les préoccupations pour l'esthétique sont communes à chacun de nous et la majorité des imperfections dont se plaignent nos patients ne sont que des défauts modérés. Le principal problème reste donc de déterminer quand la préoccupation pour l'apparence prend une forme pathologique.

Le « trouble : peur d'une dysmorphie corporelle » ou Body Dysmorphic Disorder (B.D.D.), consiste en des préoccupations concernant une ou plusieurs parties du corps présentant des défauts mineurs ou imaginaires. Il s'agit d'un trouble grave qui altère sensiblement la qualité de vie des sujets atteints et les conduit à multiplier les interventions esthétiques. Les patients atteints de B.D.D. représenteraient plus de 10 % des patients en chirurgie plastique et en dermatologie.

Ils n'ont le plus souvent pas conscience de leur trouble ou trop honte de leurs symptômes pour en révéler l'intensité. En dentisterie esthétique, une évaluation psychologique systématique peut sembler une surcharge parfois trop grande. Quelques questions informatives, lors de l'entretien préalable, permettront néanmoins d'identifier les patients qui pourraient poser problèmes. Cet entretien semi-dirigé ou l'utilisation d'un questionnaire doivent permettre de les dépister afin d'éviter des thérapeutiques inutiles et gravement préjudiciables aux patients comme aux praticiens.

### Mots clés

- **dismorphophobie**
- **dentisterie esthétique**
- **chirurgie esthétique**
- **troubles mentaux**

AOS 2010;252:311-323  
DOI: 10.1051/aos/2010403  
© AEOS / EDP Sciences

« Johnnie était excessivement préoccupé par ses cheveux dont il pensait qu'ils n'étaient « pas bien » ou trop plats. Il était également obsédé par ses dents dont il pensait qu'elles n'étaient pas assez blanches, pas assez alignées. Il consultait souvent les miroirs, se brossait sans cesse les dents. Il touchait fréquemment ses cheveux, les arrangeait à l'aide de crèmes spéciales. Il n'arrivait pas à faire en sorte que ses cheveux lui conviennent, Johnnie pleurait, plongeait sa tête dans l'eau et recommençait sa routine de coiffage encore une fois. "Je voudrais que le monde entier soit chauve" disait-il, "et moi aussi, comme ça je n'aurais plus à m'inquiéter de mes cheveux".

Encore et toujours, Johnnie demandait à ses parents "Comment sont mes cheveux ?", "Est-ce que je suis gros ?". Sa mère pensait qu'il passait au moins trois heures par jour à se focaliser sur son apparence et à demander à ce qu'on le rassure. Johnnie n'avait que 5 ans. »

Katharine Phillips, *The Broken Mirror*

## Introduction : l'esthétique et nous

> L'esthétique est une problématique ancienne : la beauté donne du plaisir aux sens et à l'esprit. Cette perception est-elle commune à tous ou propre à chacun ? Persuade-t-elle les yeux sans besoin de discours, comme l'affirmait Shakespeare, ou est-elle « dans l'œil de celui qui la contemple » comme le prétendait Margaret Wolf Hungerford ? [26] (fig. 1).

Les raisons pour lesquelles nos patients demandent un traitement esthétique sont le plus souvent psychologiques et émotionnelles. Ils cherchent autant à être plus désirables qu'à faire correspondre leur être avec l'idée du beau qu'ils se sont forgés. Parfois leurs motivations sont économiques et ils sont convaincus, à plus ou moins juste titre, qu'à compétence égale, leur candidature aura plus de chance d'être retenue s'ils sont plus attractifs. Si l'on devait établir une échelle linéaire cotée de 0 à 10, le niveau 0 correspondant à une absence de préoccupations pour l'apparence, le niveau 10 à un maximum de préoccupations conduisant à la détresse la plus profonde et à l'isolement le plus complet, il est probable que la majorité d'entre nous se situerait près du



Fig. 1

milieu de l'échelle, préoccupés par leur apparence, assez peu satisfaits et parfois angoissés à ce propos. Toutefois ces préoccupations qui amènent chez un nutritionniste, dans une salle de sport ou un institut de beauté ne nous empêchent pas de sortir, d'avoir une vie familiale et amoureuse, d'assumer un métier. Pour un patient atteint de B.D.D., ces préoccupations sont cruciales, incontrôlables, la vie entière s'articule autour d'elles. Un bon nombre parviennent à les masquer, à vivre avec, mais pour certains elles interdisent progressivement toute vie sociale.

Le principal problème reste donc de déterminer quand la préoccupation pour l'apparence prend une forme pathologique. Pour cela, il

convient principalement de s'interroger sur l'intensité des perturbations qu'occasionnent ces préoccupations. Ont-elles une incidence sur la vie quotidienne du patient, s'accompagnent-elles d'anxiété ? Les troubles de l'image de soi sont présents dans une grande variété de troubles psychiatriques dont l'hypocondrie, les troubles des conduites alimentaires, les phobies sociales et la schizophrénie. Du reste, un adulte sur quatre aura recours à au moins un psychotrope dans l'année et 12 % de la population française est traitée par antidépresseur. Ces chiffres devraient nous conduire à une meilleure évaluation de nos patients en routine ainsi qu'à réfléchir au bien fondé de certains de nos traitements [20].

## Qu'est ce que le B.D.D. ?

Le «trouble : peur d'une dysmorphie corporelle» est la traduction française de *Body Dysmorphic Disorder* (B.D.D.), il est inscrit au DSM-IV-TER dans la catégorie des troubles somatoformes (**tableau I**). Il consiste en des préoccupations concernant une ou plusieurs parties du corps présentant des défauts mineurs ou imaginaires.

Ces préoccupations altèrent sensiblement la qualité de vie des sujets atteints. Les patients ont souvent honte de leurs symptômes et une faible conscience de la vraie nature de leur trouble. Plus rarement, le syndrome du B.D.D. peut être acquis secondairement à une lésion ou à un traitement [1, 2].

Tableau I  
Les critères DSM-IV du BDD.

### F45.2(300.7) Trouble : peur d'une dysmorphie corporelle.

- A. Préoccupation concernant un défaut imaginaire de l'apparence physique. Si un léger défaut physique est apparent, la préoccupation est manifestement démesurée.
- B. La préoccupation est à l'origine d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- C. La préoccupation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental (par ex., une anorexie mentale où il existe une insatisfaction concernant les formes et les dimensions du corps).

Le terme B.D.D. est proposé par le professeur Tignol, spécialiste francophone de ce trouble, qui le juge supérieur à sa traduction française, « trouble : peur d'une dysmorphie corporelle », à plus d'un titre : ce terme est long, mal commode, et, non seulement dysmorphie corporelle est un pléonasme, mais encore les patients ne souffrent pas de la « peur » d'avoir un défaut, ils sont convaincus d'avoir un défaut et souffrent de leurs préoccupations [3].

## Épidémiologie

Ce trouble débute le plus souvent dans l'adolescence et plus rarement dans l'enfance, dans 70 % des cas avant 18 ans [4-7]. Les patients atteints de B.D.D. consultent peu de psychiatres ou de psychologues. Ils sont convaincus de la réalité de leurs défauts physiques et font plus souvent appel à des spécialistes, dermatologues, chirurgiens dentistes ou chirurgiens plasticiens, encore moins informés sur le trouble et les conséquences de traitements multiples. On peut donc avancer que ce trouble reste largement infra-diagnostiqué [3, 8, 9].

La prévalence dans la population est aujourd'hui estimée à au moins 1 % de la population générale (0,7 à 2 %) et à 10 % au moins des patients consultant en psychiatrie, dermatologie ou chirurgie esthétique [3, 8, 10-12].

Les études chez l'adulte suggèrent que le B.D.D. affecte un nombre similaire de femmes et d'hommes [4, 12-14]. Ce trouble concerne toutes les ethnies, et toutes les catégories socio-culturelles avec des préoccupations plus ou moins différentes.

## Caractéristiques du trouble

Le début de la maladie peut être progressif ou brutal. Certains patients rapportent qu'un jour, ils se sont regardé dans le miroir, et y ont vu une

anomalie hideuse et inacceptable [3, 8]. Dans la majorité des cas, les patients ne sont diagnostiqués qu'après plus de dix ans d'évolution de la maladie et se trouvent atteints de dépression ou de phobie sociale. La maladie est continue et s'aggrave dans l'immense majorité des cas en l'absence de traitement approprié [3, 4, 8, 12].

Les théories concernant les origines du B.D.D. se sont multipliées et ont beaucoup évolué mais nombre d'entre elles restent encore hypothétiques. Aux théories du « refoulé », a succédé l'importance de certains troubles de la personnalité, d'expériences de vie, et d'imprégnation socioculturelle. À ces théories s'ajoutent les hypothèses biologiques de dysfonctionnements neurochimiques et en particulier sérotoninergiques. Il est donc probable qu'à l'instar de nombreux autres troubles psychiatriques, le B.D.D. naisse de la réunion de multiples cofacteurs.

Le défaut chez ces patients est minime et serait supporté par une grande majorité d'individus [14]. Les préoccupations sont variées mais 86 % des patients adultes sont obsédés par au moins un défaut facial et rapportent plusieurs points de focalisation (6 zones en moyenne) [3, 4, 8, 12, 14] (**fig. 2 à 5**). Ils peuvent porter sur le profil, le menton, le sourire, l'aspect lors de la parole ou du sourire [14]. 4 % des patients présentent des préoccupations pour leurs dents en termes de forme, de couleur ou de position [8] (**fig. 6 et 7**).

Ces préoccupations sont le point nodal de la maladie. Elles portent à la fois sur le défaut, son existence, la possibilité de le camoufler en attendant de trouver une solution pour y remédier. Elles sont décrites comme incontrôlables et s'accompagnent pour plus de 60 % d'une angoisse sévère [4, 8]. Elles occupent les patients au moins une heure par jour, ce temps allant jusqu'à plus de trois heures [4, 12, 13].

Ces préoccupations induisent des comportements compulsifs (sans contrôle dans 50 % des cas) et jugés nécessaires afin d'abaisser le niveau d'anxiété [3, 8, 12]. Bien qu'ils ne

constituent pas à proprement parler un élément diagnostique, ils concerneraient 90 % des patients qui se comparent aux autres plusieurs heures par jour ou cherchent de la réassurance

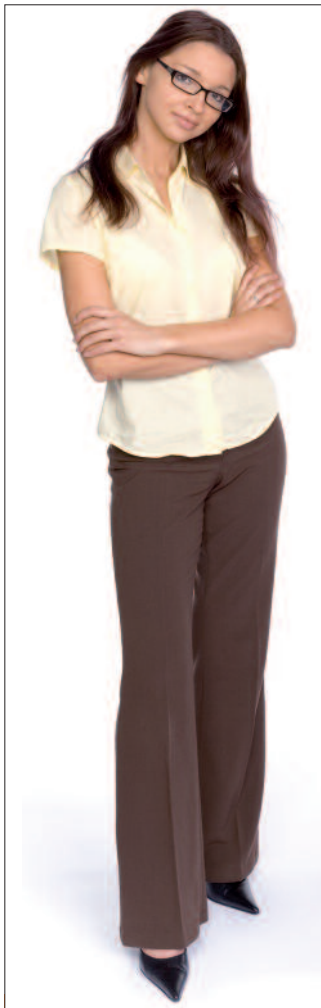


Fig. 2 Ce que nous voyons.



Fig. 3 Ce que voit cette patiente souffrant de BDD.



Fig. 4 Ce que nous voyons.



Fig. 5 Ce que voit ce patient souffrant de BDD.



Fig. 6 Le sourire tel que nous le voyons.



Fig. 7 Le sourire tel que le voit cette patiente.

par des questions posées des dizaines de fois par jour à certaines personnes de leur entourage.

Environ 84 % des patients se vérifient dans un miroir ou tout autre surface réfléchissante dès que possible et parfois pendant les cours ou au travail, alors qu'une petite minorité évite scrupuleusement les miroirs. 72 % recherchent une correction dermatologique chirurgicale ou autre, certains font du sport à outrance (une heure d'abdominaux fessiers matin et soir), tandis que d'autres s'automutilent, par exemple par des curages de peau à l'épingle, des auto-lifting au couteau, ou des bandages sur les seins entraînant des lésions irréversibles.

Les manœuvres de camouflage sont constantes et peuvent, en ce qui concerne les dents, consister en une réduction ou une absence de sourire, une manière de masquer leur supposé défaut par les mains.

Les patients atteints de B.D.D. peuvent avoir conscience de la probable distorsion de leur perception, c'est-à-dire avoir un bon « *insight* ». Mais dans la plupart des cas, cet insight est pauvre ou absent et constitue une conviction délirante. Pour J. Tignol, 20 % des adultes ont un insight faible, 40 % pas d'insight.

Le B.D.D. est un trouble handicapant qui s'accompagne d'idéations suicidaires dans 70 % des cas, avec plus de 20 % de passage à l'acte [7]. Il s'accompagne de comorbidités fréquentes avec la dépression, les phobies sociales, les TOCs. Il est important de rappeler que ces troubles masquent souvent le diagnostic de B.D.D.. Or la thérapie entreprise doit être différente si un B.D.D. est présent et constitue la pathologie principale pour le patient.

Les thérapies cognitivo-comportementales semblent efficaces dans le traitement du B.D.D.. Les patients y acquièrent une plus grande capacité à faire face au retour des symptômes. Ces thé-

rapies reposent sur l'exposition, la prévention de la réponse et la restructuration cognitive. L'exposition aux situations évitées permet aux patients d'apprendre à modifier la réponse (ne pas céder aux compulsions, diminuer la quête de réassurance, mettre en place des stratégies de coping, accepter les compliments, cesser de se scruter dans les miroirs [12, 15, 16]). L'approche cognitive vise à corriger les croyances irrationnelles et les erreurs cognitives. Ce versant de la thérapie est d'autant plus important que le patient souffre davantage d'aversion internalisée que de la peur du jugement extérieur [6]. Cette thérapie peut être menée individuellement ou en groupe. Lorsque le patient refuse la thérapie comportementale, il convient de renforcer l'alliance thérapeutique et de compter sur la diminution des symptômes par chimiothérapie [3, 8].

Les antidépresseurs, en particulier les inhibiteurs de recapture de sérotonine, sont des thérapeutiques efficaces chez l'adolescent, comme chez l'adulte, dans les formes délirantes et non délirantes du B.D.D.. Les principales molécules utilisées sont la fluoxétine (Prozac®), la sertaline, (Zoloft®) la fluvoxamine et la paroxétine [3, 8, 12, 17]. Elles induisent une amélioration du fonctionnement et des préoccupations.

## Demandes en soins

La plupart des patients B.D.D. consultent plutôt des spécialistes en dermatologie, chirurgie plastique, dentaire ou maxillo-faciale que des psychiatres dans la mesure où ils sont fortement convaincus de la réalité de leurs défauts physiques, ont un pauvre insight et sont délirants à propos de leurs défauts. Leur conviction selon laquelle une amélioration de leur apparence augmentera leur estime de soi et leur qualité de vie entretient la pathologie [16]. 50 % à 60 % des patients adultes atteints de B.D.D. auraient

recours à de la chirurgie plastique ou apparentée afin d'améliorer leurs défauts, alors que 75 % d'entre eux sont demandeurs de tels trai-

tements. Les femmes sont plus susceptibles que les hommes de recourir à des interventions d'amélioration esthétiques.

## Quelles sont les conséquences de nos traitements ?

Les traitements en dentisterie esthétique ne font le plus souvent l'objet d'aucune prise en charge par les systèmes de protection de santé, ce qui les rend vulnérables aux lois du marché et les place en dehors de certains contrôles. Le problème se complique presque lorsque les transformations peuvent être effectuées très rapidement et sont de moins en moins invasives. Elles ont alors largement le loisir de se développer avant que ne se pose la question éthique des conditions de validité pour la transformation de l'image d'autrui. En outre, la satisfaction d'un patient n'est pas uniquement liée aux qualités objectives d'un traitement. Elle dépend de sa résilience, de ses stratégies d'adaptation, par exemple. Nous savons tous aussi que s'assurer qu'un patient a bien compris les risques et les limites du traitement proposé permet de faire face à des attentes réalistes.

Les études confirment que les traitements dermatologiques, de chirurgie plastique ou dentaire sont sans effet sur les symptômes du BDD [4, 12-14]. Ceci trouve une explication dans le fait que l'origine de leur trouble est psychique et non anatomique. Ils tendent au contraire à produire une focalisation sur les résultats du traitement ou à déplacer le point de focalisation [9, 12, 14, 18, 19]. Les patients atteints de BDD font partie de cette catégorie de patients que Hodgkinson nomme les « *cosmetic surgical junkies* » [20] : ils espèrent un changement dras-

tique, une transfiguration. Mais après un traitement, la douleur, les petits problèmes de cicatrisation ou les complications éventuelles vont exacerber leur anxiété, accentuer leurs symptômes, leur colère, leur désespoir [3, 20, 21]. Dans un premier temps au moins, les thérapeutes doivent donc tenter de dissuader le patient de recourir à des traitements médicaux et chirurgicaux ou demander à parler au médecin ou au chirurgien [9]. Certains chirurgiens esthétiques, conscients que de mauvais résultats peuvent entraîner des réactions émotionnelles violentes et de longue durée chez des patients exempts de toute pathologie psychiatrique, excluent systématiquement les patients chez lesquels ils suspectent un B.D.D. [22].

Une étude rapporte toutefois 3,6 % d'amélioration du BDD après la chirurgie. Mais, parmi ces patients, certains avaient développé une préoccupation concernant l'amélioration en elle-même et le temps qu'elle allait durer, alors que d'autres avaient changé de point de focalisation [8].

Les conséquences des chirurgies restent le plus souvent néfastes pour les patients et pour les praticiens. Dans une étude en 2005, 29 % des 265 chirurgiens plasticiens interrogés rapportaient des litiges juridiques impliquant des patients vraisemblablement atteints de B.D.D., 2 % d'entre eux avaient été blessés par de tels patients. On trouve aussi dans la littérature quelques cas de praticiens assassinés par ce

type de patients [8]. En outre, un chirurgien plasticien a été accusé et condamné pour n'avoir pas pris en considération le problème psychiatrique d'une patiente. Il a été considéré qu'elle était incapable de fournir un consentement éclairé dans la mesure où elle était atteinte de B.D.D.

Chaque praticien aura un jour à traiter un patient insatisfait. Dans la majorité des cas, le B.D.D. n'aura pas été diagnostiqué. La moindre

imperfection du traitement va engendrer une profonde insatisfaction qu'aucun encouragement ne pourra dissiper.

Le patient devient alors véritablement focalisé sur votre travail, mais également sur vous-même et votre équipe. Les patients peuvent présenter des comportements agressifs envers eux-mêmes, mais également envers les praticiens, devenir menaçants et procéduriers, le stress de l'équipe s'accroît avec le leur [8, 18, 20].

## Comment dépister les patients atteints de BDD ?

Le B.D.D. doit être distingué de l'insatisfaction concernant l'apparence ou des troubles de l'image du corps survenant dans le cadre d'autres pathologies ou chez les patients présentant une réelle difformité post-traumatique ou non [14].

Le diagnostic peut être suggéré par un dermatologue, un chirurgien esthétique ou un chirurgien-dentiste spécialisé en esthétique, alerté par des demandes d'interventions répétées et exemptes de substrat anatomique objectif. Pour ces praticiens, l'alerte est don-

Tableau II  
L'auto-questionnaire BDD-Q (Body Dysmorphic Disorder-Questionnaire).

Êtes vous très inquiet(e) à propos de certaines parties de votre corps que vous pensez particulièrement inesthétiques ?

Oui Non

Si oui : est-ce que ces inquiétudes vous préoccupent ?

C'est-à-dire que vous y pensez beaucoup et que vous souhaiteriez y penser moins ?

Oui Non

Si oui : quelles sont elles ? .....

Par exemple, vous pouvez avoir des inquiétudes au sujet de votre peau (acné, cicatrices, rides, pâleur, rougeur) ; vos cheveux (cheveux qui tombent ou clairsemés) ; la forme ou la taille de votre nez, votre bouche, vos mâchoires, vos lèvres, votre estomac, vos hanches, etc. ; ou de défaut de vos mains, vos parties génitales, votre poitrine, ou de quelque autre partie du corps.

Si oui : qu'est-ce qui vous ennuie précisément au sujet de l'aspect de cette (ces) partie(s) du corps ? Expliquez : .....



née par l'histoire du patient, ses sujets de conversations ou ses comportements.

Si une évaluation psychologique systématique semble une surcharge parfois trop grande. Il convient néanmoins de choisir quelques questions informatives lors de l'entretien préalable qui permettront d'identifier les patients qui pourraient poser problèmes.

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 ?

Il est également possible de se fier au *Body Dysmorphic Disorder-Questionnaire* (BDD-Q) (**tableau II**).

Il s'agit d'un auto-questionnaire composé de deux items auxquels le patient aura à répondre par oui ou par non et qui permet de dépister les patients atteints de BDD.

Sa sensibilité serait de 100 %, sa spécificité de 86 à 92 %, sa valeur prédictive positive de 70 % et sa valeur prédictive négative de 100 % d'après les études menées par Philips *et al.* sur des patients consultant en dermatologie [12].

## Comment leur parler ?

Les patients ont souvent une démarche ambivalente en ce qui concerne un traitement psychiatrique. Les familles initient le plus souvent la démarche thérapeutique dont les patients sont rarement demandeurs. Non seulement ces derniers sont convaincus que leur problème est avant tout physique, mais encore ils ressentent souvent une grande crainte à l'idée d'abandonner leurs camouflages ou de s'exposer à davantage de situations qu'ils auraient évitées. Leur motivation au changement doit être évaluée et ils doivent être convaincus qu'un changement de comportement peut les aider. En ce sens, les auteurs remarquent qu'il est souvent beaucoup plus efficace de travailler sur les conséquences des préoccupations, la détresse et les évitements qu'elles produisent, plutôt que de critiquer la validité des convictions [23]. Katharine Phillips, qui peut être considérée comme la spécialiste anglophone de ce trouble, suggère d'adopter avec les patients une approche psychoéducative. Il est vital de les

informer que, plutôt que d'un problème chirurgical, qu'ils semblent souffrir d'un trouble de l'image du corps connu sous le nom de B.D.D. : une perturbation de l'image du corps qui les rend extrêmement préoccupés par leur apparence physique ; en témoigne le temps qu'ils y consacrent, obsédés par ce dont ils ont l'air, et les répercussions sur leur qualité de vie. Les patients doivent aussi être informés que ce trouble est connu, qu'il affecte de nombreux individus et qu'il peut être traité par une personne compétente (c'est-à-dire un psychiatre). Il est possible de leur dire que leur image est déformée par des mécanismes cérébraux et qu'il existe des médicaments qui peuvent considérablement les aider. Il est plus qu'utile de leur conseiller certaines lectures comme *The Broken Mirror* de Katharine Phillips pour les anglophones (disponible dans une de ses multiples éditions sur Amazon.com) ou *Les défauts physiques imaginaires* de Jean Tignol pour les francophones (disponible en librairie) [19].

## Recommandations : faut-il les traiter ?

Le danger relatif lié aux interventions esthétiques chez les patients atteints de B.D.D. est décrit depuis de longues années. Mais, depuis vingt ans, les demandes de chirurgie esthétique n'ont cessé de croître. Les médias véhiculent l'idée de cette alternative à un soi non conforme. Les interdits ont laissé place à une permissivité de plus en plus importante (fig. 8).

La majorité des défauts dont se plaignent nos patients sont des défauts modérés et non de véritables difformités faciales. Or, ces défauts suggèrent des réactions beaucoup moins prédictibles que les défauts objectifs envers lesquels les patients développent des stratégies de coping mieux connues, plus prévisibles [24].

Les spécialistes font parfois face à des demandes irraisonnées, déraisonnables et à des patients vindicatifs. Ils ne sont pas toujours bien formés à repérer les demandes pathologiques des patients B.D.D. et risquent d'initier une errance thérapeutique qui sera préjudiciable à la qualité de vie du patient comme à la leur [8].

Les recommandations en chirurgie esthétique et dentaire deviennent de plus en plus claires. Elles indiquent de porter une attention toute particulière aux patients montrant une préoccupation importante pour un défaut minime, aux patients n'ayant pas conscience de l'insignifiance de leur défaut, opérés plus d'une fois, ayant une histoire psychiatrique, ou des attentes déraisonnables. Les traitements visant à l'amélioration de l'apparence ne doivent pas être entrepris chez les patients atteints de B.D.D. [11, 25, 27]. Bien souvent, les patients ne révéleront pas l'intensité de leur trouble si on ne leur pose pas des questions précises. Un dépistage de ce trouble est indiqué pour



Fig. 8 Cette publicité pour les rasoirs Bic® affichée dans le métro de Montréal expose des jambes d'une longueur improbable. Depuis que nous l'avons photographiée, elle fait l'objet d'une petite polémique sur des blogs divers. Il est intéressant de remarquer qu'elle utilise les modèles identificatoires des années 1950, connus pour être moins suspects quant à leurs proportions, pour véhiculer un modèle inatteignable.

chaque patient demandeur d'un tel type de traitement. Un entretien doit prendre en compte les motivations du patient, ses attentes, son statut et son histoire psychiatrique, les préoccupations concernant l'image du corps, plus spécifiquement de type B.D.D., l'internalisation des modèles médiatiques, ainsi qu'une observation du comportement de l'individu [8].

D'une manière générale, certains traits de personnalité sont en rapport avec une bonne acceptation des résultats d'une chirurgie esthétique. Les personnalités dites fermées, plus traditionnelles, classiques, conservatrices moins attirées par la complexité que par la simplicité,

de même que les individus dits « émotionnellement stables » ont de meilleures chances d'être satisfaits des résultats d'une intervention esthétique.

Lorsqu'il s'agit de procédures esthétiques, la littérature nous abreuve d'aspects techniques et juridiques souvent au détriment de questions plus fondamentales :

- Quelles sont les véritables motivations d'un patient demandeur de procédure esthétique ?
- Au-delà de l'apparence, qu'est ce qui peut réellement changer après de telles procédures ?

Une intervention responsable suggère de nous poser deux questions : dois-je faire ? Et, si oui,

comment faire ? Les corollaires de ces questions sont : que se passera-t-il si je le fais ? Quel bénéfice ? Pour quel risque ? Que se passera-t-il si je ne le fais pas ? De notre capacité à évaluer les conséquences de nos actes résulteront des indications plus pertinentes et un consentement mieux éclairé.

La recrudescence des procédures judiciaires rend les praticiens plus demandeurs d'informations en ce qui concerne les troubles psychiatriques auxquels ils peuvent être confrontés et les rends plus favorables à une collaboration avec des psychiatres et des psychologues. Nous espérons que de telles associations se développeront assez systématiquement pour éviter des traitements inutiles voire iatrogènes.

## Conclusion

L'esthétique et la médecine ne sont pas incompatibles. Elles ont toujours pour le moins coexisté et nous pourrions même prétendre que l'esthétique véritable ne saurait être que biopsychofonctionnelle. Le reste est de l'ordre du cosmétique.

Le principal objet des thérapeutiques esthétiques est bien sûr de répondre à la demande des patients, mais nous avons une obligation éthique et morale d'adresser les patients qui requièrent davantage, au moins dans les premiers temps, une aide psychologique. Les patients atteints de dysmorphophobies corrélées à d'autres troubles mentaux ou de *Body Dysmorphic Disorder*, doivent être repérés. Il s'agit de troubles graves qui peuvent être traités mais que les traitements esthétiques n'amélioreront, dans le meilleur des cas, que de manière temporaire et peuvent même aggraver. Nous espérons commencer cette année

l'élaboration d'un questionnaire plus approprié au dépistage de ce trouble par les chirurgiens-dentistes, dans le cadre d'un Master Recherche Travail, Santé, à l'université de Bordeaux, 2 Victor Segalen.

Les plaintes concernant les altérations du corps secondaires à des interventions esthétiques augmentent avec le nombre de procédures. Or, il doit être bien établi que toute intervention sur une partie du corps comporte des risques de complications, que le résultat final peut être pire que l'état initial. Les patients doivent recevoir cette information mais aussi être en mesure de l'appréhender.

Bien que la fréquence de patients atteints de B.D.D. présentant des préoccupations dentaires reste assez peu élevée, faut-il pour autant renoncer à une évaluation psychologique de nos patients en routine ? Nous savons tous à quel point il suffit d'un patient insatisfait, dont

la qualité de vie sera perturbée, pour que celle du praticien soit également significativement altérée. Du reste, il est de notre responsabilité de nous engager dans la voie du consumérisme plutôt que dans celle de la prise en compte

éclairée de l'être physique et psychique qui vient nous consulter. Et si appréhender un être nouveau demande du temps et de l'investissement, qu'attendrions-nous d'autre pour nous-même ? ■

## Bibliographie

- Feusner JD, Yaryura-Tobias J, Saxena S.  
**The pathophysiology of body dysmorphic disorder.**  
Body Image 2008;5:3-12.
- Kirksey Kenn M.  
**Body Dysmorphic Disorder in an adolescent male secondary to HIV-related lipodystrophy: A Case Study.**  
The Internet Journal of Advanced Nursing Practice. 2000;4 (2).
- Tignol J.  
**Les défauts physiques imaginaires.**  
Paris : Odile Jacob, 2006.
- Albertini RS, Phillips KA.  
**Thirty-three cases of body dysmorphic disorder in children and adolescents.**  
Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 1999;38,(4): 453-9.
- Mancuso Serafino G, Knoesen NP, Castle DJ.  
**The Dysmorphic Concern Questionnaire: A screening measure for body dysmorphic disorder.**  
Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 2010;44:535-54.
- Marcelli D, Braconnier A.  
**Adolescence et psychopathologie.**  
7<sup>e</sup> édition.  
Paris : Elsevier Masson, 2008.
- Phillips KA, Menard W.  
**Suicidality in Body Dysmorphic Disorder: A prospective study.**  
Am J Psychiatry 2006 July;163:1280-2.
- Phillips KA.  
**The Broken Mirror. understanding and treating Body Dysmorphic Disorder. (Revised and expanded Edition).**  
New-York: Oxford University Press US, 2005.
- Watkins CE.  
**Body Dysmorphic Disorder**  
Northern County Psychiatric associates.
- Eisen JL, Phillips KA, *and al.*  
**The brown assessment of beliefs ccale: Reliability and validity.**  
Am J Psychiatry 1998, Jan;155:102-8.
- Feng Sing-Yi.  
**Body Dysmorphic Disorder.**  
e-medicine Updated: May 6, 2010.  
<http://emedicine.medscape.com/>
- Liot C.  
**Body Dysmorphic Disorder ou peur d'une dysmorphie corporelle chez l'enfant et l'adolescent.**  
Etude exploratoire dans une population d'adolescents consultant et/ou hospitalisés en psychiatrie.  
Thèse pour l'obtention du diplôme d'État de docteur en médecine.  
Bordeaux : Univ Bordeaux II, 2005.
- Bohne A, *et al.*  
**Prevalence of body dysmorphic disorder in a German college student sample.**  
Psychiatry Research. 2002;109:101-4
- Phillips KA.  
**Clinical features of body dysmorphic disorder in adolescents and adults.**  
Psychiatry Res. 2006 March 30; 141(3): 305-14.
- Hepburn S, Cunningham S.  
**Body dysmorphic disorder in adult orthodontic patients.**  
Am J Orthod Dentofacial Orthop 2006;130:569-74
- Cash TF, *et al.*  
**Measuring "negative body image": validation of the Body Image Disturbance Questionnaire in a nonclinical population.**  
Body Image 2004;1(4):363-372.
- Majdalani C.  
**Le BDD ou l'obsession de l'apparence : TOC, cyclothymie ou autre ?**  
Centre des troubles anxieux et de l'Humeur. Aout 2008.

18. Williams G.  
**Cognitive behavioral therapy and Body Dysmorphic Disorder.**  
Body Dysmorphic disorder, CBT for BDD. 2007 Winter.
19. **Encyclopedia of mental Disorder. Body Dysmorphic Disorder.**  
http://www.minddisorders.com
20. Castello JR, *et al.*  
**Body Dysmorphic Disorder and aesthetic surgery: Case Report.**  
Aesth Plast Surg 1998;22:329-31.
21. Pavan C.  
**Psychopathological aspects of Body Dysmorphic Disorder:**  
A literature review.  
Aesthetic Plastic Surgery 2008 May;32(3):473-84.
22. Hodgkinson DJ.  
**Identifying the Body-Dysmorphic patient in aesthetic surgery.**  
Aesthetic Plast Surg 2005 Nov-Dec;29(6):503-9.
23. Haraldsson PO.  
**Psychosocial impact of cosmetic rhinoplasty.**  
Aesth Plast Surg 1999;23:170-4.
24. Sarwer DB, Crerand CE.  
**Body dysmorphic disorder and appearance enhancing medical treatments.**  
Body Image 2008;5:50-58.
25. Buhlmann U, *et al.*  
**Clinical considerations for the treatment of body dysmorphic disorder with cognitive-behavioral therapy.**  
Body Image 2008;5:39-49.
26. Naini FB, Moss JP, Gill DS.  
**The enigma of facial beauty: Esthetics, proportions, deformity, and controversy.**  
Am J Orthod Dentofacial Orthop 2006;130:277-282
27. Swami V, *et al.*  
**Acceptance of cosmetic surgery: Personality and individual difference predictors.**  
Body Image 2009;6(1):7-13.

## SUMMARY

# Body Dysmorphic Disorder: a contraindication for aesthetic procedures ?

Hélène LAFARGUE

### Keywords

- Body Dysmorphic Disorders
- aesthetic surgery
- plastic surgery
- mental disorders

Most of us care about how we look and most part of our patients complain about mild to moderate defects. Thus the main problem is to define when such concerns are pathological.

Body dysmorphic disorder consists on excessive preoccupations with one or several slight or imagined defects. BDD is a serious trouble that causes significant impairment in functioning and leads to repeated aesthetic procedures. BDD may affect more than 10% of people seeking for dermatologic treatment or cosmetic surgery.

BDD sufferers generally have poor insight and are too ashamed to mention how serious their appearance concerns are. Dental surgeon may consider systematic psychological evaluation as overworking. However a few informative questions submitted by questionnaire or semi-directed interview could help us to identify dysfunctional patients and prevent from unnecessary and detrimental treatments for both patients and practitioners.

Pour s'abonner, appeler le :

tél. + 33 (0)1 69 18 15 14 - fax + 33 (0)1 69 86 06 78

### 4 NUMÉROS<sup>(\*)</sup>

France et Union Européenne	TTC		TTC
<i>version papier + version électronique</i>	213 €	<i>version électronique seule</i>	186 €
Reste du monde			
<i>version papier + version électronique</i>	243 €	<i>version électronique seule</i>	156 €
Étudiant* : France et Union Européenne			
<i>(* sur présentation d'une attestation)</i>			
<i>version papier + version électronique</i>	129 €	<i>version électronique seule</i>	114 €
Étudiant* : Reste du monde			
<i>(* sur présentation d'une attestation)</i>			
<i>version papier + version électronique</i>	147 €	<i>version électronique seule</i>	116 €
Membre de l'AEOS	183 €		
Prix au numéro	67 €	Frais de port au numéro	4 €

(\*) Offre valable jusqu'au 31/10/2011

Je souhaite **m'abonner** à la Revue AOS

Je souhaite **prolonger mon abonnement** à la Revue AOS

#### MODE DE PAIEMENT :

Paiement effectué **par chèque** à l'ordre de : **EDP Sciences - REVUE AOS**  
 17 avenue du Hoggar - P.A. de Courtabœuf  
 B.P. 112 - 91944 Les Ulis Cedex A (France)  
 Tél. + 33 (0)1 69 18 15 14 - Fax + 33 (0)1 69 86 06 78  
 e-mail : abonnements@edpsciences.org

Paiement en ligne disponible sur notre site **www.aos-journal.org**

Paiement **par carte bancaire** :  Carte Visa  Master Card  American Express

N°

Noter ici les 3 derniers chiffres situés au dos de la carte

Date d'expiration

**Signature obligatoire**

#### VOTRE ADRESSE :

Vous êtes :  Chirurgien-Dentiste  Stomatologue  Orthodontiste  Autre : précisez .....

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal ..... Ville .....

Tél ..... Fax ..... E-mail .....