

# UN ULCÈRE CHRONIQUE OU UNE DÉHISCENCE CICATRICIELLE...

## Quand l'origine est inconnue et les thérapeutiques infructueuses !

O. HEYMANS (1), V. LEMAIRE (2), X. NÉLISSEN (3), N. VERHELLE (3)

**RÉSUMÉ :** Les auteurs présentent deux cas de troubles factices relevant de la Chirurgie plastique. Leur description précède une discussion sur les aspects cliniques de cette pathologie au niveau cutané afin de permettre au clinicien de mieux appréhender cette pathologie souvent ignorée.

### INTRODUCTION

Les plasticiens sont régulièrement consultés par des patients porteurs d'ulcères d'origine diverse, de pertes de substances ou de cicatrices vicieuses. Bien que ces différentes lésions cutanées soient fréquemment d'origine traumatique, nous en rencontrons régulièrement dont l'origine est tumorale, infectieuse ou auto-immune. Devant une lésion d'origine non traumatique, l'anamnèse et l'examen clinique permettent généralement de poser le diagnostic et d'instaurer la thérapeutique adéquate.

Nous sommes occasionnellement consultés par des patients présentant des lésions dont l'origine est jusqu'ici restée mal cernée malgré de nombreuses investigations et dont les thérapeutiques ne sont que des échecs. Il est souvent difficile, alors que nous sommes l'énième médecin consulté, de reprendre les investigations et de faire le tri dans l'énorme dossier de ces patients où de nombreuses explorations ont déjà été réalisées.

Après avoir exposé le cas de deux patients, nous passerons en revue les différents diagnostics différentiels les concernant avant de dégager le diagnostic final.

### CAS N°1

Une patiente de 54 ans, infirmière, nous consulte pour deux ulcérations s'étant installées au niveau de son front. Les lésions, peu profondes mais granuleuses ne sont pas d'origine traumatique et semblent évoluer depuis quelques semaines. Ces lésions sont indolores et isolées. En l'absence de diagnostic évident, des soins locaux à base de pommade grasse sont instaurés en attendant la biopsie-exérèse. La première biopsie ne conclut qu'à la présence d'un tissu de granulation sans pouvoir en préciser l'origine

CHRONIC ULCER AND A WOUND DEHISCENCE ...WHEN FACED WITH UNKNOWN ORIGIN AND INEFFECTIVE THERAPIES.

**SUMMARY :** The authors report on two cases of factitious disorders in the field of surgery. The discussion is focused on the different aspects of this pathology that are encountered by a plastic surgeon, in order to provide him with more confidence when dealing with this too-often ignored disease.

**KEYWORDS :** *Factitious disorders - Plastic Surgery - Pitfalls*

lésionnelle. Plus tard, un autre ulcère apparaît mais sera soigné par la patiente. Cette dernière décrit une alternance entre fermeture et ouverture des différentes lésions sans comprendre la dynamique du phénomène, et ceci sur une période de plusieurs mois. Lors d'une récurrence ultérieure, une biopsie sera réalisée évoquant des signes de vascularite et le diagnostic de maladie de Kimura sera envisagé. Des soins locaux et une chimiothérapie à base de méthotrexate seront prescrits pendant une période de 9 mois avec un succès relatif. La patiente est perdue de vue.

Sept ans plus tard, après avoir consulté de nombreux médecins dans différentes institutions, la patiente nous consulte à nouveau pour le même problème, nous relatant son chemin de croix. Devant ce lot d'incertitudes et devant une région frontale porteuse d'un volumineux ulcère de 35mm de diamètre entouré d'une zone ultracicatricielle (fig. 1), nous décidons de pratiquer à nouveau une biopsie et l'exérèse de tout le tissu cicatriciel. Nous en profitons également pour nous renseigner sur le résultat de prélèvements réalisés dans une autre institution. Notre biopsie n'apporte rien d'un point de vue étiologique. Une biopsie plus ancienne fait état de lésions épithéliales de type "grattage" entourant la région ulcérée.

Après excision de toute la région frontale, une greffe de peau est mise en place avec succès.

### CAS N°2

Un patient de 26 ans, obèse, nous consulte pour une déhiscence cicatricielle siégeant sur une cicatrice de laparotomie. Les antécédents de ce patient sont déjà lourds. L'histoire chirurgicale débute trois ans auparavant par une gastroplastie. Les suites opératoires de cette intervention semblent avoir été difficiles, incluant une fistule et une infection de paroi. Après réopération, la fistule gastrique est maîtrisée mais une seconde infection pariétale s'installe.

(1) Chef de Service, (3) Assistant, Université de Liège, Service de Chirurgie plastique et maxillo-faciale, CHU Liège.

(2) Etudiant, 4<sup>ème</sup> doctorat.



Fig. 1. Ulcères frontaux entourés de séquelles cicatricielles majeures

Le patient décrit plusieurs changements de chirurgien et d'institution; des diagnostics aussi différents qu'une iléite de Crohn ou une récurrence de fistule furent alors évoqués. La plaie s'est, par ailleurs, infectée par des germes tels que des staphylocoques dorés et des pseudomonas. Le patient décrit une série de 33 interventions chirurgicales dont la conclusion reste un échec cicatriciel.

Actuellement, le patient n'a perdu qu'environ 10 kilos. La cicatrice de laparotomie montre une zone d'environ 5 cm, complètement ombiliquée (fig. 2). Le fond de cette lésion est suintant et malodorant. Le CT-Scan met en évidence un processus inflammatoire entourant cette zone invaginée, sans signe de fistulisation digestive.

Nous décidons, au vu de l'excès tissulaire lié à l'obésité, de pratiquer une résection large de la lésion. Après résection, nous réalisons une fermeture directe.

Trois jours après l'opération, les pansements sont retirés, la plaie est ouverte sur 5 cm, montrant la graisse sous-cutanée sur les 6 cm d'épaisseur. Le fil de suture "non-résorbable" a disparu. Des frottis sont réalisés mais s'avèrent stériles. Nous décidons de procéder à la fermeture de cette déhiscence pour la seconde fois. Cinq jours après, la plaie est à nouveau ouverte...

## SOLUTIONS

### CAS N°1

Devant cette histoire complexe, il existe une discordance entre la réalité des lésions et l'absence de diagnostic. Malgré le diagnostic évoqué de maladie de Kimura, l'impasse thérapeutique est manifeste. De plus, la notion de lésions de grattage, attestée par l'examen histologique, interroge.

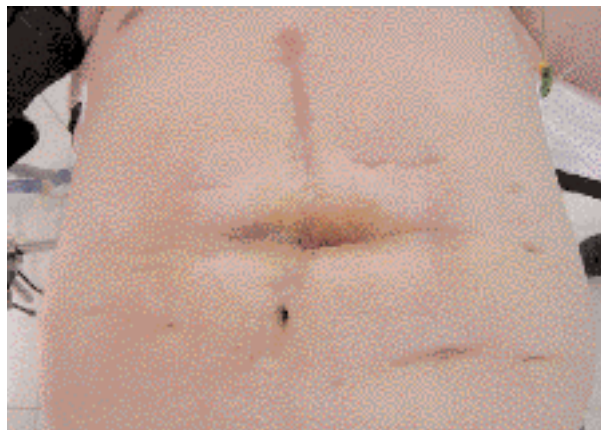


Fig. 2. Plaie abdominale ombiliquée évoluant depuis plus d'un an

Le diagnostic d'automutilation est posé. L'entretien psychiatrique tend à confirmer le diagnostic. Il s'avère que la patiente vit un contexte familial difficile dont le timing correspond avec le développement des lésions. Le profil correspond en outre au profil classique : infirmière, milieu socio-économique favorisé, dépression.

### CAS N°2

Devant cette histoire abracadabrante, il existe à nouveau une discordance entre la réalité des lésions et l'absence d'explication. Le passé de 33 interventions chirurgicales réparties sur plusieurs institutions hospitalières est également marquant!

C'est probablement la disparition totale des fils de suture, non résorbables, au 4<sup>ème</sup> jour post-opératoire, qui attira définitivement notre attention sur l'éventualité d'une automutilation. Cette suspicion est confirmée par le décours de la seconde intervention.

La discussion ouverte avec le patient et le psychiatre confirme le diagnostic. Cette discussion met également en évidence un passé de troubles psychiques liés à une histoire familiale mais également à un refus du geste chirurgical qu'était la gastroplastie. Le patient raconte que son excès pondéral ne lui posait aucun problème et qu'il regrettait ...

## DISCUSSION

Les deux cas précédemment décrits rentrent dans le cadre général des troubles factices, tel que défini par le DSM IV (tableau I) (1). Ce cadre nosologique regroupe plusieurs entités, dont le syndrome de Münchausen ne représente que 10 % (2). Ces présentations diffèrent de la simulation dans laquelle la maladie est simulée, induite ou exacerbée pour des bénéfices secondaires (matériels le plus souvent) évidents et des

troubles de conversion dans lesquels les symptômes sont le fruit de mécanismes de défense inconscients (1). Les femmes présentent plus fréquemment ce trouble (sex ratio = 20 / 1) (3, 4). La pathomimie, connue de longue date (5), est le terme consacré par l'usage décrivant les troubles factices dans le domaine dermatologique.

La pratique du chirurgien plasticien le confronte quotidiennement à des lésions cutanées d'origine variée. La démarche diagnostique est généralement simple. L'anamnèse permet de mettre en évidence l'éventuel abus d'exposition solaire, les plaintes liées à l'insuffisance artérielle ou veineuse ou même une notion de pathologie auto-immune. De plus, l'aspect et la topographie de la lésion sont le plus souvent évocateurs. Ainsi, l'épithélioma basocellulaire est fréquent dans les régions cervico-faciales exposées. Il s'agit d'une lésion à bords perlés, ulcérée en son centre et entourée d'une zone érythémateuse. Les épithéliomas spinocellulaires, plus rares, sont des lésions nodulaires dans les stades avancés, kératinisées et souvent ulcérées (6). Les lésions artéritiques ou veineuses des membres sont généralement évocatrices, puisque incluses dans une symptomatologie plus large.

Le diagnostic d'automutilation est un diagnostic d'exclusion. En effet, le praticien pense rarement que le patient pourrait être la cause de la non-cicatrisation de la plaie. De plus, il est difficile de poser un diagnostic correct alors que le patient travaille contre le médecin au lieu de travailler avec lui. Hamolsky n'hésite pas à qualifier ces patients d'adversaires (7). L'attention du clinicien est souvent attirée par le caractère peu spécifique des lésions et, surtout, par l'absence de diagnostic histopathologique, même lors de prélèvements répétés. Lorsqu'il existe une forte suspicion, le diagnostic est aidé par une réflexion plus précise sur le type de lésions et sur le profil du patient. D'un point de vue pratique, c'est souvent l'incohérence entre l'apparence de la lésion, son évolution souvent longue et résistante et l'histologie non contributive qui frappe. Cependant, l'habitude étant au diagnostic positif, ce contexte "spécial" est troublant et retarde généralement la prise en charge.

TABLEAU I. DÉFINITION DES TROUBLES FACTICES SELON LE DSM IV (1).

- A. Production ou feinte intentionnelle de signes ou de symptômes physiques ou psychologiques.
- B. La motivation du comportement est de jouer le rôle de malade.
- C. Absence de motifs extérieurs à ce comportement (par ex. obtenir de l'argent, fuir une responsabilité légale ou améliorer sa situation matérielle ou physique comme dans la simulation).

Ces patients ont généralement une histoire de consultations multiples chez de très nombreux médecins. Il est à noter que leurs fréquentes hospitalisations sont souvent anormalement prolongées. Il semble ne pas y avoir de limite à l'ingéniosité de certains patients, ni dans les souffrances qu'ils sont prêts à endurer afin de conserver leur rôle de patient. Ainsi, accepteraient-ils volontiers des procédures diagnostiques invasives et des thérapeutiques potentiellement inefficaces. Au fil des hospitalisations, ils développent et perfectionnent leurs connaissances médicales en partie grâce aux conversations avec d'autres patients ou avec le personnel médical (8). Les manuels de Médecine et les sites médicaux sur le web leur servent également de références. Toutefois, ceci contraste avec le peu de détails qu'ils sont à même de fournir sur le développement de leurs lésions (9). Finalement, ils sont fréquemment transférés dans des hôpitaux universitaires avec la suspicion d'un diagnostic de maladie rare.

Ces patients appartiennent généralement à un milieu socio-économique favorisé, souvent lié au milieu médical, facilitant ainsi la confection de tableaux cliniques plausibles (10). Ce lien au milieu médical se fait soit par expérience personnelle antérieure de maladie, soit pour des raisons professionnelles ou familiales.

Les plaies sont probablement la cible principale des troubles factices dans le domaine chirurgical. Les problèmes y sont de trois types : échec de cicatrisation, infection récurrente ou insertion de corps étrangers (8). Il existe des cas beaucoup plus délicats à interpréter, comme ceux d'abcès superficiels provoqués par injections de salive (11). En période postopératoire immédiate, les altérations de la cicatrisation prennent souvent la forme d'infections superficielles. Malgré un débridement chirurgical et une antibiothérapie, les phénomènes infectieux récidivent généralement (9). Dans le domaine spécifique de la Chirurgie esthétique, la découverte du trouble est malaisée puisque l'opération est souvent réalisée selon les souhaits du patient (12).

Comme signalé précédemment, le diagnostic de trouble factice est difficile à poser. Cependant, certaines particularités propres aux pathomimies peuvent être dégagées. Ainsi, les lésions cutanées sont généralement localisées sur des zones accessibles et controlatérales au membre dominant adoptant parfois des formes assez géométriques (13). La zone cutanée interscapulaire est rarement atteinte. Les lésions dues à un agent chimique peuvent s'accompagner d'extensions linéaires correspondant à l'écoulement péri-lésionnel du liquide vulnérant. Si l'étude micro-

biologique de la plaie démontre une flore multi-bactérienne, il conviendra de suspecter une manipulation de cette plaie (14). Des corps étrangers peuvent d'ailleurs y être retrouvés. L'histologie révélera alors une réaction contre corps étranger.

De plus, ces patients sont fréquemment dépressifs, empreints de réactions émotives, se débattant avec des problèmes familiaux ou relationnels (15). Enfin, l'argument qui facilite fortement le diagnostic d'automutilation est la disparition des blessures sous pansement occlusif et/ou leur réapparition après retrait de celui-ci. Ceci se fera sous surveillance dans un cadre hospitalier, ce qui aura, en outre, l'avantage de fournir un délai avant la réintervention désirée par le patient.

L'étude psychopathologique de ce trouble sort du cadre de cet article et a été décrite ailleurs (9). Qu'il nous suffise de faire observer que les automutilations que s'infligent ces sujets afin de produire certains symptômes laissent envisager un trouble psychologique sévère, même si difficile à cerner.

Les patients sont malheureusement extrêmement réticents à toute approche psychologique, pourtant curative. Une fois le diagnostic posé, les médecins "bluffés" ne sont eux-mêmes pas toujours enclins à proposer un suivi psychiatrique pourtant nécessaire (9). En effet, les meilleurs résultats sont obtenus avec ce type de prise en charge, en association avec une médication psychotrope (16). La confrontation directe est à éviter afin de permettre aux patients de sauver la face (2).

## CONCLUSION

Malgré des articles traitant des troubles factices dans la littérature récente, ce diagnostic reste souvent ignoré, avec parfois comme conséquence une issue fatale. De plus, les conséquences économiques de ces errances ne sont pas négligeables (17). Un trouble factice doit être envisagé chaque fois qu'un symptôme manifestement pathologique ne s'accompagne pas des signes qui lui sont généralement associés. Une fois le diagnostic posé, la véritable prise en charge pourra alors débuter. Elle reposera sur une collaboration entre le médecin spécialiste "somatique", le psychiatre et le médecin traitant. En l'absence d'une telle prise en charge, les différentes thérapies entreprises, qu'elles soient médicales ou chirurgicales, sont vouées à l'échec.

## RÉFÉRENCES

1. American Psychiatric Association.— *The Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders*. 4th ed. American Psychiatric Association, Washington, 1994, 471-475.
2. Eisendrath SJ.— Factitious physical disorders : treatment without confrontation. *Psychosomatics*, 1989, **30**, 383-387.
3. Reich P, Gottfried LA.— Factitious disorders in a teaching hospital. *Ann Intern Med*, 1983, **99**, 240-247.
4. Aduan RP, Fauci AS, Dale DC, et al.— Factitious fever and self-induced infection : a report of 32 cases and review of the literature. *Ann Intern Med*, 1979, **90**, 230-242.
5. Dieulafoy G.— Pathomimie. *Presse Med*, 1908, **16**, 369-373.
6. Murphy GF, Mihm MC Jr.— *The skin*, in Cotran RS, Kumar V, Collins T Eds., Robbins pathologic basis of disease. 6th ed. WB. Saunders Company, Philadelphia, 1999, 1184-1187.
7. Hamolsky MW.— Truth is stranger than factitious. *N Engl J Med*, 1982, **307**, 436-437.
8. Masterton G.— Factitious disorders and the surgeon. *Br J Surg*, 1995, **82**, 1588-1589.
9. Paar GH.— Factitious disorders in the field of surgery. *Psychother Psychosom*, 1994, **62**, 41-47.
10. Folks DG, Freeman AM.— Munchausen's syndrome and other factitious illness. *Psychiatr Clin North Am*, 1985, **8**, 263-278.
11. Selinger DS, Chongsiriwatana K, Froelich CJ, et al.— Telltale month flora : a due to the diagnosis of factitious recurrent thigh abscesses. *South Med J*, 1979, **72**, 225-226.
12. Mahler D, Ginath Y.— The "Munchausen syndrome" in aesthetic surgery of the nose : the patient's problem or the surgeon's problem ? *Ann Plast Surg*, 1982, **8**, 258-262.
13. Agris J, Simmons W Jr.— Factitious (self-inflicted) skin wounds. *Plast Reconstr Surg*, 1978, **62**, 686-692.
14. Castor B, Ursing J, Aberg M, et al.— Infected wounds and repeated septicemia in a case of factitious illness. *Scand J Infect Dis*, 1990, **22**, 227-232.
15. Basex A, Corraze J.— Les pathomimies. *Rev Prat*, 1966, **16**, 2073-2084.
16. Van Moffaert M.— Management of self-mutilation : confrontation and integration of psychotherapy and psychotropic drug treatment. *Psychoter Psychosom*, 1989, **51**, 180-186.
17. Powell R, Boast N.— The million dollar man : resource implications for chronic Munchausen's syndrome. *Br J Psychiatry*, 1993, **162**, 253-256.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Pr. O. Heymans, Service de Chirurgie plastique et maxillo-faciale, CHU Sart Tilman, 4000 Liège.