

Automutilations des muqueuses buccales

C. ECHAVE, N. MOREAU, P. PIRNAY, S.-M. DRIDI

Oral self-mutilation

CAROLE ECHAVE, Docteur en chirurgie dentaire, Villennes-sur-Seine. **NATHAN MOREAU**, AHU, département chirurgie orale, Paris-Descartes, hôpital Bretonneau, Paris. **PHILIPPE PIRNAY**, MCU/PH, département santé publique et parodontologie, Paris-Descartes, hôpital Albert-Chenevier, Créteil. **SOPHIE-MYRIAM DRIDI**, MCU/PH, département santé publique et parodontologie, Paris-Descartes, hôpital Albert Chenevier, Créteil.

INTRODUCTION

L'apparition des automutilations remonte à des temps si anciens qu'il nous est impossible de l'estimer. Pourtant, il semblerait qu'elles sont de plus en plus répandues dans notre société et constituent un phénomène complexe en constante augmentation depuis les années 1960 (Gicquel et coll., 2007). À ce jour, on estime que 4 % de la population générale serait concernée par les automutilations (Gicquel et Corcos, 2011), touchant aussi bien les hommes que les femmes (Klonsky, 2003), avec une fréquence accrue à l'adolescence. Ces données nous amènent à penser que les automutilations pourraient donc bientôt constituer un nouveau problème de santé publique.

Les membres constituent la région anatomique de prédilection des automutilations, mais la tête, particulièrement la bouche et les tissus péri-buccaux, ne sont pas en reste (Gicquel et coll., 2007 ; Gicquel et Corcos, 2011 ; Medina et coll., 2003) ; les automutilations au niveau des muqueuses buccales suivraient cette même tendance.

Dans ce contexte, le chirurgien-dentiste contribue non seulement à la détection et au traitement symptomatique des lésions auto-infligées, mais aussi à l'orientation, autant que possible, des patients vers des professionnels de santé aptes à prendre en charge ce type de pathologies. Quelle que soit la forme d'automutilation des muqueuses buccales observée, une collaboration pluridisciplinaire incluant psychiatres et psychologues demeure essentielle.

INTRODUCTION

Self-mutilations have existed for such a long time that it is impossible to know when they appeared precisely. However, they seem to be more and more frequent in our modern society and are a complex phenomenon which has been constantly increasing since the sixties (Gicquel et al. 2007). We currently think that 4% of the general population might be concerned with self-mutilation, affecting both men and women (Klonsky 2003), with a higher frequency during adolescence. These data thus infer that self-mutilations could soon become a new issue of public health.

Limbs are the most affected areas for self-mutilations, although the head, and particularly the mouth and the peribuccal tissues are also widely affected (Gicquel et al. 2007, Gicquel and Corcos 2011, Medina et al. 2003): self-mutilations of oral mucous membranes are part of this new trend. In this context, the dental practitioner not only contributes to the detection and the symptomatic treatment of the self-inflicted lesions but may also help patients to choose and consult healthcare professionals capable of taking care of this type of pathologies. Whatever the type of self-mutilation of the oral mucous membranes, a multidisciplinary collaboration including psychiatrists and psychologists remains essential.

Demande de tirés-à-part : dr.sm.dridi@free.fr

QU'EST-CE QUE L'AUTOMUTILATION ?

Le terme « automutilation » fait son apparition dans la langue française au début du xx^e siècle, issu du latin *mutilatio*, dérivé du verbe *mutilo* (« mutiler », « couper », « retrancher », « déformer ») (Gicquel et Corcos, 2011) et du préfixe grec *auto* (« soi-même »), indiquant que le comportement est retourné contre le sujet.

De nombreuses définitions se sont succédé depuis la première description succincte (« mutilation qu'on s'inflige à soi-même ») du Petit Robert datant de 1902. Le terme d'automutilation n'a cessé d'évoluer, prouvant bien la difficulté à décrire ce phénomène complexe, hétérogène et évolutif. Et ce d'autant plus que ce que nous cherchons à résumer par un seul mot, les Anglo-Saxons, eux, le déclinent sous trente-trois termes différents (Gicquel et Corcos, 2011), *self-injurious behavior*, *self-mutilation* et *self-destructive behavior* étant parmi les plus employés.

Nous retiendrons deux définitions :

- celle mentionnée en 1909 par Lorthiois et qui est encore souvent citée comme référence : « L'automutilation comprend toutes les pratiques entraînant des lésions des tissus ou des organes ; on peut la définir comme une atteinte portée à l'intégrité du corps ; elle peut consister soit en la blessure ou l'ablation totale ou partielle d'un organe ou d'un membre, du revêtement cutané ou de ses annexes ; soit enfin dans des manœuvres (combustion, striction, introduction de corps étrangers) pouvant compromettre la vitalité et le bon fonctionnement du corps sans que l'automutilation ait été accomplie dans le but de se donner la mort. »
- celle du terme *non-suicidal self-injury* (NSSI), dont il n'existe pas d'équivalent en français, proposée par l'International Society for the Study of Self-injury (ISSS) en 2007, à savoir la « destruction directe et délibérée d'une partie de son propre tissu corporel, socialement désapprouvée, et ce en l'absence d'intention de mourir ».

On exclura donc les comportements suicidaires avec intention de mourir, l'abus de drogues et les automutilations dites « culturellement significatives », en opposition aux automutilations « pathologiques » selon Favazza (1993).

Trois catégories d'automutilations infligées au niveau des muqueuses buccales sont distinguées en fonction de la sévérité de l'atteinte tissulaire et de leur modalité : les automutilations majeures, les automutilations stéréotypées et les automutilations superficielles à modérées. Chacune impliquant une attitude thérapeutique différente de la part du chirurgien-dentiste.

Ce dernier se doit également d'être prudent face aux troubles factices, dits pathomimies, à la simulation et aux troubles somatoformes, pour lesquels il est possible de trouver des automutilations superficielles, modérées et majeures.

Les pathomimes ont pour unique objectif de jouer le rôle de malade en produisant volontairement et consciemment des symptômes physiques ou psychologiques, et n'hésitent pas à porter atteinte à l'intégrité de leur corps, sous forme d'automutilations, pour donner plus de crédibilité à leur

WHAT IS SELF-MUTILATION?

The term "self-mutilation" appeared in French at the beginning of the 20th century, stemming from the Latin *mutilatio* derived from the verb *mutilo*, meaning to mutilate, to cut, to remove, to distort (Gicquel and Corcos 2011) and from the Greek prefix *auto*, meaning oneself, indicating that the behavior affects the subject him/herself.

Numerous definitions have followed since the first brief description of "mutilation inflicted to oneself" written in the French dictionary Petit Robert published in 1902. The word "self-mutilation" hasn't stopped changing, highlighting the difficulty to describe this complex, heterogeneous and evolutionary phenomenon; while we use one single word in French to describe this pathology, the Anglo-Saxons can use 33 different terms - *self-injurious behavior* (Gicquel and Corcos 2011), *self-mutilation* and *self-destructive behavior* being the most often used.

We will present two definitions. First the one mentioned in 1909 by Lorthiois (1909) which is still often quoted as a reference: "self-mutilation includes all the practices generating lesions of tissues or organs; we can define it as a damage done to the integrity of the human body; it might either be the injury or the total or partial ablation of an organ or a limb, of the skin surface or its derivatives, or gestures (combustion, constriction, insertion of foreign bodies) which may compromise the vitality and the proper functioning of the body although self-mutilation is not carried out with the aim of committing suicide".

And finally the term: *Non-Suicidal Self-Injury* (NSSI) – there is no proper equivalent in French for this concept – suggested by International Society for the Study of Self-injury (ISSS) in 2007, which is the "direct and deliberate destruction of a part of one's own physical tissue, socially disapproved, with no intention to die". We will thus exclude suicidal behaviors with an intention to die, drug abuse and so-called "culturally significant" self-mutilations, as opposed to "pathological" self-mutilations according to Favazza (1993).

Three categories of self-mutilations inflicted to oral mucous membranes can be distinguished according to the severity of the tissular damage and their modality: the severe self-mutilations, the stereotypical self-mutilations and the superficial to moderate self-mutilations. Each of them requires a different therapeutic behavior from the dental surgeon.

The practitioner must also be able to diagnose fake disorders such as pathomimesis, simulation and somatoform disorders, which may generate superficial, moderate and severe self-mutilations.

Patients suffering from pathomimesis feign to be sick; they deliberately and consciously show physical or psychological symptoms and do not hesitate to harm the integrity of their body with self-mutilations in order to give more credibility to their pathology (Debray et al.

pathologie (Debray et coll., 2013 ; Granger, 2002). Autre forme de trouble factice, le syndrome de Münchhausen par procuration consiste en l'invention d'une pathologie factice chez un enfant par l'un de ses parents, la plupart du temps par la mère (Meadow, 1977 ; Erlich, 1990). Dans les deux cas, il est fréquent que les pathomimes exercent des professions médicales ou paramédicales, ce qui leur permet d'élaborer des stratagèmes minutieux pour tromper les praticiens qu'ils consultent, que ce soit pour attirer la sollicitude des professionnels de santé ou encore pour leur lancer un défi. Les simulateurs, eux, produisent intentionnellement des symptômes physiques ou psychologiques qui sont inauthentiques ou exagérés en vue d'éviter une contrainte ou une obligation (poursuite judiciaire, service militaire, travail) ou pour en tirer un bénéfice matériel ou moral (percevoir des indemnités, obtenir des drogues...) (Lemperière, 2010).

Plus rares, les troubles somatoformes regroupent les pathologies se manifestant par des symptômes, des plaintes et/ou des préoccupations physiques, indépendamment d'une base organique et en rapport avec un trouble psychiatrique (Granger, 2002). Les patients atteints de troubles somatoformes ont tendance à consulter des médecins somaticiens, spécialisés dans la discipline en rapport avec l'expression physique du trouble (dont les chirurgiens-dentistes) plutôt que des spécialistes de santé mentale, car ils ont rarement conscience de la cause psychique de leur maladie. Ces patients sont de grands consommateurs de soins (médicaments, examens médicaux, hospitalisations), quitte à subir des complications iatrogènes.

LES DIFFÉRENTES FORMES CLINIQUES DES AUTOMUTILATIONS DES MUQUEUSES BUCCALES

LES AUTOMUTILATIONS MAJEURES

Les automutilations majeures sont rares au niveau de la cavité buccale. De survenue soudaine, elles sont généralement rencontrées dans les états psychotiques aigus (schizophrénie, manie, dépression atypique...) ou lors de la prise de toxiques (Gicquel et Corcos, 2011 ; Bigot, 2010). Elles entraînent des pertes de substances importantes, comme lors d'avulsions de dents temporaires ou permanentes par le sujet lui-même. Elles peuvent concerner toutes les muqueuses buccales, mais celles-ci étant peu documentées et s'écartant du domaine de compétence du chirurgien-dentiste, elles ne seront pas davantage développées par la suite.

LES AUTOMUTILATIONS STÉRÉOTYPÉES

On retrouve souvent les automutilations stéréotypées chez les sujets présentant un retard mental, notamment pour ceux vivant en institution du fait d'un manque de stimulation, chez les sujets présentant un trouble autistique ou d'autres troubles envahissants du développement et chez les patients psychotiques sévères avec arriération (Gicquel et Corcos, 2011 ; Bigot, 2010). Elles se manifestent également chez les sujets atteints de syndromes congénitaux, comprenant essentiellement le syndrome de Lesch-Nyhan et les neuropathies héréditaires sensitives et autonomiques pour ce qui est des lésions auto-infligées aux muqueuses buccales.

2013, Granger 2002). Another type of fake disorder, the Munchhausen syndrom by proxy is a behavior in which a parent – most of the time the mother (Meadow 1977, Erlich 1990) – fabricates a fake pathology in his/her child. In both cases, it is frequent that the people suffering from pathomimesis work in the medical or paramedical fields, which allows them to develop meticulous stratagems to deceive the practitioners they consult, whether it is to gain attention from the healthcare professionals or to challenge them.

As for the simulators, they deliberately produce physical or psychological symptoms which are fake or exaggerated in order to avoid a constraint or an obligation – law suits, military service, work – or to take advantage of a material or moral profit – to perceive compensations, to get drugs, etc.

Less common, the somatoform disorders include pathologies showing through symptoms, complaints and/or physical concerns, independently from any organic cause, related to a psychiatric disorder. Patients affected with somatoform disorders tend to consult somaticists specialized in the discipline related to the physical expression of the disorder (among which dental surgeons) rather than mental health specialists, because they are rarely conscious of the psychological cause of their disease. These patients are significant users of health care (medicines, medical examinations, hospitalizations), even if this may generate iatrogenic complications.

THE VARIOUS CLINICAL TYPES OF SELF-MUTILATION OF THE ORAL MUCOUS MEMBRANES

SEVERE SELF-MUTILATIONS

Severe self-mutilations are not frequent in the oral cavity. Appearing suddenly, they are generally connected to acute psychotic conditions (schizophrenia, mania, atypical depression) or when toxic substances are taken (Gicquel and Corcos 2011 ; Bigot 2010). They generate considerable substance losses, due for example to avulsions of temporary or permanent teeth caused by the patient. They may affect all the oral mucous membranes. However, as this category is little documented and goes beyond the field of expertise of the dental surgeon, we will not describe them in further detail.

STEREOTYPICAL SELF-MUTILATIONS

We often find stereotyped self-mutilations in mentally retarded patients, particularly in those living in institutions because of a lack of stimulation; they can also be noticed in subjects suffering from autism or other pervasive developmental disorders and in severely mentally retarded patients (Gicquel and Corcos 2011 ; Bigot 2010). They may also be detected in subjects suffering from congenital syndromes, essentially including the Lesch-Nyhan syndrome as well as the hereditary autonomic and sensory neuropathies involving the self-inflicted lesions of the oral mucous membranes.

Les automutilations stéréotypées sont le résultat de coups répétitifs, de morsures, suctions et/ou frottements. Cliniquement, le chirurgien-dentiste pourra observer des ulcérations et récessions parodontales dues à l'introduction d'objets ou des ongles dans le sulcus, des ulcérations et lacérations parfois sévères avec perte de substance de la langue ou des lèvres par morsure (Lucavechi et coll., 2007 ; Arhaki et coll., 2010 ; Masse et Gadoth, 1994). La plupart du temps, l'odontologiste a connaissance de la pathologie du patient et peut donc faire le lien avec les signes cliniques observés (fig. 1).



Stereotypical self-mutilations are the result of repeated beating, bites, suctions and/or frictions. Clinically, the dental surgeon can observe ulcerations and periodontal recessions due to the introduction of objects or nails in the sulcus, ulcerations and sometimes severe lacerations with substance loss in the tongue or the lips due to biting (Lucavechi et al. 2007, Arhaki et al. 2010, Masse and Gadoth 1994) . Most of the time, the dental practitioner is aware of the patient's pathology and can thus relate to the observed clinical signs (fig. 1).

Fig. 1. Morsures involontaires chez un patient autiste. (Doc : Dr Aude Monnier, Paris.)

Fig. 1. Involuntary bites in an autistic patient. (Doc: Dr Aude Monnier Paris).

LES AUTOMUTILATIONS SUPERFICIELLES À MODÉRÉES

Les automutilations superficielles à modérées sont les plus communes et représentent la majorité des automutilations à l'adolescence. Ce sont aussi les plus insidieuses car rarement révélées d'emblée par le patient lors de l'entretien clinique : le praticien devra investiguer et faire le rapprochement entre les lésions visibles au niveau des muqueuses buccales et un comportement automutilateur.

Elles se déclinent en automutilations compulsives et en automutilations impulsives. Aucune n'est exclusive, un sujet pouvant manifester des automutilations des deux types.

LES AUTOMUTILATIONS COMPULSIVES

Les automutilations compulsives sont décrites comme étant répétitives, ritualisées et survenant généralement plusieurs fois par jour. Les plus fréquentes au niveau de la sphère oro-faciale sont l'onychophagie et les excoriations névrotiques. Par extension, on peut aussi y intégrer les lésions consécutives à la succion du pouce et d'objets variés (stylos, crayons, cure-dents, etc.).

Les automutilations compulsives peuvent être isolées ou associées à un trouble obsessionnel compulsif dit TOC. Chez les individus atteints du syndrome de Gilles de la Tourette, des automutilations compulsives peuvent être observées pour plus de la moitié d'entre eux (Gicquel et Corcos, 2011).

SUPERFICIAL TO MODERATE SELF-MUTILATIONS

Superficial to moderate self-mutilations are the most common and account for the majority of self-mutilations during the adolescence. They are also the most insidious because they are rarely straightaway revealed by the patient during the clinical interview: the practitioner must thus investigate and make the link between the visible lesions of the oral mucous membranes and the self-injurious behavior.

Self-injurious behaviors may be compulsive and impulsive. None is exclusive; a patient may suffer from both self-injurious patterns.

COMPULSIVE SELF-MUTILATIONS

Compulsive self-mutilations are described as being repeated, ritualized and generally occur several times a day. Oral self-mutilations are generally connected to onychophagia and neurotic excoriations. By extension, we can also include lesions due to thumb-sucking as well as the habit of sucking various objects (pens, pencils, toothpicks, etc.).

Compulsive self-mutilations may be isolated or associated with an obsessive-compulsive disorder (OCD). In individuals suffering from the Gilles de la Tourette syndrome, compulsive self-mutilations may be observed in more than half of the cases (Gicquel and Corcos 2011).

L'onychophagie

Observable dès l'âge de 4 ans, avec un pic de survenue entre 10 et 18 ans, l'onychophagie ciblerait davantage les femmes (Krejci, 2000). Par la suite, chez l'adulte, l'anxiété jouerait un rôle important dans l'entretien de cette habitude iatrogène. Outre les dommages aux doigts – infection chronique des tissus environnants de l'ongle, paronychie récurrente, cicatrices chéloïdes –, les conséquences au niveau de la cavité buccale peuvent être importantes.

L'agression mécanique récurrente du parodonte par le frottement de l'ongle, à laquelle une potentielle contamination bactérienne peut s'ajouter, aboutit à une récession parodontale progressive (Creatyn et coll., 1995), pouvant, dans certains cas extrêmes, entraîner la perte de la dent concernée, le plus souvent dans les secteurs antérieurs (**fig. 2a, b**). Parfois, des fragments d'ongle sont insérés volontairement ou non dans le sulcus, générant une inflammation modérée de la gencive, voire une infection du site qui devient alors purulent. Seul le retrait des fragments d'ongle, suivi d'un drainage et de la désinfection du site, permet de retrouver une santé parodontale. Les fragments peuvent être enlevés à l'aide d'une sonde s'ils sont accessibles directement depuis le sulcus ou chirurgicalement lorsqu'ils sont en position plus apicale.



Onychophagia

Visible from the age of 4, with a peak incidence between 10 and 18 years old, onychophagia affects a greater number of women (Krejci 2000). Later as an adult, anxiety surely plays a significant role in keeping this iatrogenic habit. Besides the damage caused on fingers – chronic infection of the nail surrounding tissues, recurrent paronychia, keloid scars – the repercussions into the oral cavity may be considerable.

The recurring mechanical aggression of the periodontium by the friction of the nail, which may generate a bacterial contamination, results in progressive periodontal recession (Creatyn et al. 1995) and may cause, in the most severe cases, the loss of the concerned tooth, most of the time in the anterior sectors (**fig. 2a, b**). In some cases, fragments of nails are voluntarily or not inserted into the sulcus, generating a moderate gingival inflammation and even an infection of the area which then becomes purulent. In this case, the removal of the nail fragments, followed by a drainage and a disinfection of the area allows to recover a healthy periodontium. Fragments can be removed with a probe if they can be reached directly within the sulcus or surgically removed when they are more apically located.



Fig. 2a, b. Patiente onychophage. Le geste répétitif a provoqué une récession parodontale en vestibulaire de la 31.

Fig. 2a, b. Patient suffering from onychophagia. The repetitive gesture generated a periodontal recession in vestibular of 41.

D'autres signes cliniques peuvent alerter sur la présence d'une onychophagie : des luxations au niveau des articulations temporo-mandibulaires, des fractures du bord incisal des dents antérieures, une attrition dentaire prématurée, des résorptions radiculaires sur des dents traitées orthodontiquement ou encore des malocclusions localisées.

Le traitement de l'onychophagie elle-même est conseillé afin d'éviter à l'avenir les lésions des tissus mous, des tissus durs et articulaires.

Other clinical signs can alert us on the presence of onychophagia: dislocations in the temporo-mandibular joint, fractures of the incisal edge of the anterior teeth, premature tooth attrition, radicular resorption on orthodontically treated teeth, or localized malocclusions.

The treatment of onychophagia is moreover recommended to avoid future lesions of soft tissues as well as hard and articular tissues.

Les excoriations névrotiques et les lésions de grattage de la gencive

Les excoriations névrotiques résultent de l'arrachage répétitif et compulsif de la peau, cela même en l'absence de prurit. Leur prévalence est estimée entre 1 et 5 %, et concerne tous les âges (Grant, 2012), les femmes étant majoritairement touchées par cette pathologie (Consoli et coll., 2010). Expression le plus souvent d'un état dépressif ou d'anxiété, elles peuvent aussi survenir lors des périodes de repos, par exemple en regardant la télévision, en lisant, et être occasionnées par l'ennui, la fatigue ou encore la colère. Le mal tend à s'autonomiser et l'individu ne prend conscience de sa pathologie que lorsqu'une autre personne le lui fait remarquer ou lorsque l'excoriation provoque un saignement (fig. 3).



Neurotic excoriations and lesions due to scratching of the gingiva

Neurotic excoriations result from repeated and compulsive skin picking, even when there is no pruritus. Their prevalence is assessed between 1 and 5% and affects all ages (Grant 2012)– women are more often affected by this pathology (Consoli et al. 2010). Generally reflecting a depressive condition or anxiety, they can also appear during rest periods, for example when watching TV or reading and be caused by boredom, fatigue or anger. This kind of disorder tends to get autonomous and the patient becomes aware of his/her pathology only when another person points it out to him/her or when excoriation causes bleeding (fig. 3).

Fig. 3. Excoriation névrotique au niveau des lèvres. Aucun traitement n'a permis de traiter l'atteinte labiale. Par ailleurs, la patiente n'est plus venue à ses rendez vous une fois l'automutilation démasquée.

Fig. 3. Neurotic excoriation on lips. No treatment allowed to handle the labial lesion; besides, the patient stopped coming to her appointments once the self-mutilation has been revealed.

Le chirurgien-dentiste peut être amené à rencontrer des patients présentant des excoriations névrotiques au niveau du vermillon de la lèvre, à la jonction entre la peau et la muqueuse, la peau étant retirée par mordillement ou bien avec les doigts, en la grattant ou en l'arrachant. Les lésions, à un stade superficiel, prennent un aspect érosif, tandis qu'elles s'ulcèrent lorsque l'excoriation névrotique progresse en profondeur, pouvant former des croûtes, parfois hémorragiques, si le sujet n'interfère pas avec la cicatrisation.

Dans les cas les plus sévères, la vie sociale et professionnelle des individus se voit fortement perturbée, aussi bien par le temps qu'ils y consacrent quotidiennement que par l'atteinte esthétique qui en découle.

Les lésions de grattage, à l'aide d'un objet ou d'un ongle, au niveau de la gencive peuvent être assimilées aux excoriations névrotiques, bien qu'elles aient un tropisme muqueux et non cutané. Elles donnent lieu à des récessions parodontales multiples dans les secteurs accessibles, à des ulcérations gingivales, à des saignements et à des douleurs associées (Dilsiz et Aydin, 2009).

Dental practitioners can examine patients presenting neurotic excoriations in the area of the vermillion border, around the juncture between skin and mucous membrane; the skin may be picked by nibbling or with fingers, by scratching or by tearing. At a superficial stage, lesions take an erosive aspect, whereas they ulcerate when the neurotic excoriation progresses in depth and may form crusts, sometimes hemorrhagic, when the patient does not interfere with the healing process. In the most severe cases, the social and professional life may be severely altered, both by the time these habits daily last and the resulting aesthetic alterations.

Scratching lesions inflicted with an object or a nail in the gingival area may be assimilated to neurotic excoriations, although they have not a cutaneous but a mucous tropism. They generate multiple periodontal recessions, located in accessible sectors, as well as gingival ulcerations, bleeding and associated pains (Dilsiz and Aydin 2009).

L'arrêt du grattage, une reprise des mesures d'hygiène et, par la suite, un traitement parodontal chirurgical par greffe gingivale libre peut permettre de retrouver un état parodontal sain et un recouvrement radiculaire.

Le trouble obsessionnel compulsif (TOC)

Le trouble obsessionnel compulsif (TOC) est caractérisé par des obsessions, des compulsions ou les deux, bien qu'il soit rare qu'un patient présente uniquement des obsessions ou des compulsions. Il est aujourd'hui admis que le trouble obsessionnel compulsif est une maladie neuropsychiatrique importante due à un circuit cérébral anormal et à un dysfonctionnement des neurotransmetteurs, parmi lesquels la sérotonine joue un rôle majeur. Quelque 2 à 3 % de la population générale seraient concernés à un moment de la vie, touchant aussi bien les hommes que les femmes, les premiers symptômes apparaissant plus généralement à la fin de l'adolescence ou chez l'adulte jeune (Nicholas, 2011).

Les principaux critères diagnostiques du TOC selon le *DSM-V*, sont une durée consacrée aux obsessions ou compulsions dépassant une heure par jour, une souffrance marquée et une entrave significative aux activités du quotidien, sans pouvoir les rapporter à une autre maladie psychiatrique ou médicale. L'obsession pousse dans ce cas la personne à des compulsions, c'est-à-dire à des comportements ou à des actes mentaux répétitifs qu'elle se sent obligée d'accomplir pour réduire son anxiété ou prévenir un événement redouté, même si elle les reconnaît dépourvus de sens ou excessifs.

L'obsession la plus fréquente est celle de la contamination, dont la peur de la saleté. Elle amène le sujet à se laver de façon excessive et répétitive, à éviter les contacts ou à nettoyer exagérément son environnement. Le brossage des dents compulsif fait partie de ce trouble. Le sujet privilégie volontairement un matériel d'hygiène ou une technique d'hygiène mécaniquement délétère pour le parodonte pour « bien nettoyer », occasionnant de multiples récessions parodontales (fig. 4). Il peut également utiliser un matériel abrasif pour les dents par obsession de blancheur ou utiliser de façon démesurée des bains de bouche ou autres produits chimiques inappropriés pouvant perturber la flore buccale, voire entraîner des lésions des muqueuses buccales.

Stopping the scratching, performing hygiene measures and later a surgical periodontal treatment with a free gingival graft procedure can allow to get back a healthy periodontal condition and a proper root coverage.

Obsessive-compulsive disorders or OCDs

The obsessive-compulsive disorder is characterized by obsessions, compulsions or both; although it is rare that a patient only presents obsessions or compulsions. It is admitted today that the obsessive-compulsive disorder is a major neuropsychiatric disease due to an abnormal cerebral circuit and a dysfunction in neurotransmitters, among which the serotonin plays a major role. Two to three percent of the general population would be concerned at some point in life, affecting both men and women, the first symptoms generally appearing at the end of the adolescence or in young adults (Nicholas 2011).

The main diagnostic criteria of OCD according to the DSM-5 are a period of time dedicated to the obsessions or compulsions exceeding one hour per day, acute pain and a significant obstacle in the activities of the everyday life, without being able to relate them to another psychiatric or medical disease. In this case, the obsession pushes the person to compulsions, i.e repeated mental behaviors or acts which he/she feels forced to perform to reduce his/her anxiety or prevent a dreaded event, even though he/she is aware they are useless or excessive.

The most frequent obsession is the contamination obsession, among which the fear of dirt. In this case, the subject washes him-/herself in an excessive and repetitive way, avoids contacts or cleans exaggeratedly his/her environment. Compulsive teeth brushing forms part of this disorder. The subject deliberately favors oral hygiene tools or techniques that are mechanically harmful for the periodontium in order to "clean thoroughly", causing multiple periodontal recessions (fig. 4). He/she can also use an abrasive device for teeth because of an obsession for whiteness or use in a disproportionate way mouthwash or other inappropriate chemicals which can alter the oral flora and even generate lesions of the oral mucous membranes.



Fig. 4. Brossage excessif compulsif ayant provoqué de multiples récessions parodontales.

Fig. 4. Compulsive excessive tooth brushing having provoked multiple periodontal recessions.

LES AUTOMUTILATIONS IMPULSIVES

Les automutilations impulsives regroupent, dans l'ordre décroissant de fréquence, les coupures, les brûlures, le fait de se transpercer la peau avec des objets perforants et d'autres coups auto-infligés (Gicquel et Corcos, 2011). Ce qui les caractérise est le besoin soudain et irrésistible que ressent le sujet à les accomplir ; elles ne sont pas précédées d'une lutte intérieure associée à de l'anxiété, comme pour les automutilations compulsives. Le soulagement se fait immédiatement ressentir après être passé à l'acte et l'échec de résistance aux impulsions est récurrent.

Les automutilations impulsives peuvent être épisodiques, si le nombre de passages à l'acte au cours de la vie est limité, ou bien répétitives lorsque leur fréquence augmente, soit autour d'une dizaine de gestes automutilateurs, sans qu'il y ait de véritable consensus autour d'un nombre limite. De plus, elles peuvent être isolées ou associées à d'autres troubles psychiatriques, au titre desquels figurent en premier lieu les troubles du comportement alimentaire et le trouble borderline de la personnalité.

Les deux manifestations les plus fréquentes au niveau des muqueuses buccales sont les coupures et les brûlures.

Les coupures sont généralement effectuées à l'aide de rasoirs, de morceaux de verre, de lames de taille-crayons, de ciseaux ou encore de cutters, et peuvent être dirigées contre toutes les muqueuses buccales. Concernant la gencive, certains individus parviennent aussi à se lacérer avec leurs ongles en guise d'objets coupants (fig. 5). Quant aux brûlures, la source la plus courante est la cigarette. Elles sont à l'origine d'un érythème parfois suivi de la formation de bulles qui, une fois leur toit rompu, laissent place à une lésion érosive ou ulcéreuse.

La localisation peut être évocatrice : les brûlures causées par l'absorption d'aliments ou de liquides trop chauds se situent plus volontiers sur la partie médiane ou postérieure de la langue, alors qu'une lésion auto-infligée par brûlure se verra davantage sur une partie plus accessible comme la pointe de la langue.

IMPULSIVE SELF-MUTILATIONS

Impulsive self-mutilations include, in a decreasing order of frequency, cuts, burns, skin piercing with sharp objects and other self-inflicted blows (Gicquel and Corcos 2011). Their specificity is the sudden and uncontrollable need felt by the subject to perform such mutilations; they are not preceded by an internal fight associated with anxiety like in compulsive self-mutilations. The relief is immediately felt after the act and the failure to resist the impulses is recurring.

Impulsive self-mutilations may be either episodic if the number of these actions remains limited in a lifetime, or repetitive when their frequency increases, up to around ten self-injurious acts, although there is no real consensus about a limit. Moreover, they can be isolated or associated with other psychiatric disorders, among which eating disorders and the borderline personality disorder are the most prevalent.

The two most frequent lesions affecting the oral mucous membranes are cuts and burns.

Cuts are generally made with razors, pieces of glass, blades of pencil-sharpener, scissors or cutters and may damage all the oral mucous membranes. Concerning the gingiva, some people also succeed to tear it up with their nails used as sharp objects (fig. 5). As for burns, the most current cause is cigarettes. They are at the origin of an erythema sometimes followed by the formation of bubbles which, once their top is broken, give way to an erosive or ulcerous lesion.

The localization can be evocative: burns caused by the absorption of extremely hot food or liquids are usually situated on the median or posterior part of the tongue, while a self-inflicted lesion by burn will be located on a more accessible part such as the tip of the tongue.



Fig. 5. Coupure concernant la gencive marginale et la gencive attachée en vestibulaire de 15, probablement infligée avec les ongles. Noter le contour hyperkératosique signant la chronicité de la lésion et son entretien par le patient. (Doc : Dr Dridi et coll., 2013.)

Fig. 5. cut on the marginal gingiva and the attached gingiva in vestibular of 15, probably inflicted with nails. Notice the hyperkeratotic outline signing the chronicity of the lesion permanently aggravated by the patient. (Doc: Dr Dridi et al., 2013).

CONDUITE À TENIR ET PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE DES PATIENTS

Au cours de son exercice, l'odontologiste peut être amené à rencontrer des patients présentant des automutilations des muqueuses buccales. Ceux-ci peuvent consulter soit spécifiquement pour leurs lésions auto-infligées ou bien pour un tout autre motif. Une prise en charge pluridisciplinaire incluant des professionnels de santé mentale (psychiatres, psychothérapeutes) demeure dans tous les cas indispensable.

L'ENTRETIEN CLINIQUE

La prise en charge du patient automutilateur débute dès le premier contact, qui sera déterminant pour un bon déroulement des soins à venir (Gicquel et coll., 2007; Bigot, 2010). La première consultation ne relève que peu souvent de l'urgence dans notre domaine, d'où l'importance de prendre le temps d'échanger avec le patient afin de créer une relation praticien-patient de confiance. Il faut être attentif à la fois au discours que tient le patient, mais aussi et surtout à tout ce qui à trait au non-dit, au langage non verbal. Une discussion peut être amorcée avec des membres de la famille ou des proches qui l'accompagnent. Dans tous les cas, il est nécessaire d'adopter une attitude bienveillante, tout en gardant une certaine distance relationnelle : « Un juste milieu difficile doit être trouvé entre dramatisation et banalisation » (Bigot, 2010).

Le risque de perdre les patients et qu'ils quittent la prise en charge thérapeutique n'est pas négligeable. Les raisons sont multiples : ils peuvent ne plus vouloir consulter du fait d'un sentiment de honte, de détresse, d'insatisfaction de la réponse apportée par le corps médical à leur maladie ou encore parce qu'ils se sont justement fait « démasquer », comme dans le cas des troubles factices ou la simulation. Une fois un nom posé sur leurs maux jusqu'ici dissimulés, de peur de ne plus pouvoir bénéficier de l'attention de l'équipe soignante, ils mettront à profit le nomadisme médical pour pouvoir continuer à incarner le rôle de malade auprès d'autres professionnels de santé, qui à leur tour réitéreront la démarche diagnostique depuis le début, et ainsi de suite.

LE RECUEIL DES DONNÉES CLINIQUES

Lors de la consultation, certaines informations spécifiques doivent être collectées en plus des données habituelles :

- l'identité du patient – âge, sexe, profession –, le motif de la consultation, la situation familiale, etc. ;
- s'agit-il d'un adolescent ou d'un adulte jeune ? le patient fait-il partie d'une population à risque ? son métier l'expose-t-il à certains troubles psychiatriques (anxiété, dépression, stress) ?... ;
- le patient vient-il pour une douleur, une gêne fonctionnelle ou esthétique et/ou pour une autre raison ? vient-il seul ou accompagné, de sa propre initiative ou adressé par un confrère ?...

L'ANAMNÈSE MÉDICALE

Il convient de rechercher les antécédents médicaux et chirurgicaux du patient, notamment neurologiques, ainsi que les comorbidités précitées :

THERAPEUTIC CARE OF PATIENTS

During their activity, dental practitioners may meet patients presenting self-mutilations of the oral mucous membranes. These patients may either come to consultation for their self-inflicted lesions or for quite a different reason. A multidisciplinary treatment including professionals of mental health (psychiatrists, psychotherapists) is required in any case.

CLINICAL CONSULTATION

Treating self-injurious patients begins from the very first contact, which will be determining to provide proper care and treatment. The first consultation is rarely a matter of urgency in our field, hence the necessity to take time to exchange with the patient in order to create a reliable practitioner-patient bond. It is also necessary to pay attention to what the patient says, but also –and particularly– to what he won't say openly with words. With the patient's agreement, a meeting can be arranged with members of the family or close friends who accompany him/her. In every case, it is necessary to adopt a friendly attitude while keeping a certain distance in the relationship. "A delicate and appropriate balance must be found between dramatization and acceptance" (Bigot 2010).

The risk of losing patients who might decide to leave the therapeutic treatment plan must be taken into account. The reasons are multiple: they may eventually choose not to consult because of a sense of shame, distress and frustration towards the response provided by the medical team to their disease or because they have been "unmasked", as it is the case with fake disorders or simulation. Once their hidden troubles have been labeled, they may fear to be deprived of the medical team's attention and will thus take advantage of the medical nomadism to keep on playing the role of a sick person with other healthcare professionals who will carry out the same diagnostic approach since the beginning, and so on.

COLLECTION OF CLINICAL DATA

During the consultation, some specific information must be collected besides the usual data.

The patient's identity: age, sex, profession, motive for consultation, family situation etc.

Is it a teenager or a young adult? Is the patient a member of a population at risk? Does his/her job expose him/her to certain psychiatric disorders (anxiety, depression, stress)?

Does the patient come for pain, a functional or aesthetic discomfort and/or for another reason? Did he/she come alone or with somebody? Did he/she come on its own initiative or sent by a colleague?

MEDICAL ANAMNESIS

It is recommended to dig into his/her medical and surgical history, particularly neurological, as well as comorbidities mentioned above: does the patient suffer

le patient présente-t-il un retard mental, un trouble envahissant du développement, un syndrome congénital ou un autre syndrome ? Est-il atteint de troubles du comportement, plus particulièrement alimentaire, de troubles de la personnalité ou d'autres troubles psychiatriques ? Il faut de plus prendre connaissance des traitements en cours et des médicaments, avec une attention toute particulière pour les médicaments psychoactifs (anxiolytiques, hypnotiques, antidépresseurs).
D'éventuels abus de substances (drogues, alcool) doivent être notés.

L'ANAMNÈSE BUCCO-DENTAIRE

En complément des antécédents bucco-dentaires, il va falloir retracer l'histoire du comportement automutilateur et celle des lésions des muqueuses buccales. Les lésions peuvent être reconnues d'emblée par le patient lui-même ou par son accompagnateur comme étant auto-infligées, auquel cas le questionnaire médical pourra plus facilement être complété :

- y a-t-il déjà un comportement automutilateur identifié, une prise en charge thérapeutique initiée ? ;
- quelles sont les zones du corps concernées ? ;
La bouche est-elle la seule localisation ? ;
- quel est le type des lésions : coupures, coups, brûlures, morsures, grattage ? ;
- des douleurs ou des gênes sont-elles associées ? ;
- depuis quand le comportement automutilateur s'exprime-t-il ? selon quelle fréquence ? ;
- y a-t-il un ou des éléments ou circonstances déclencheurs ou aggravants ? ;
- le patient possède-t-il des habitudes nocives, les automutilations sont-elles ritualisées ?

Concernant les comportements automutilateurs cachés, le praticien devra engager la même démarche diagnostique rigoureuse qu'avec n'importe quelle lésion non auto-infligée des muqueuses buccales, en procédant essentiellement par élimination des autres hypothèses diagnostiques.

L'EXAMEN CLINIQUE ENDOBUCCAL ET EXOBUCCAL

EXAMEN DES MUQUEUSES BUCCALES

(Ejeil et Dridi, ROS, 2009)

Les informations recueillies doivent permettre de décrire la ou les lésions, selon le moyen mnémotechnique de la règle des 5T :

- type : les ulcérations traumatiques atypiques, souvent entourées d'une hyperkératose réactionnelle lorsque les lésions sont entretenues, les récessions parodontales sont les plus fréquemment retrouvées dans le cadre des automutilations ;
- taille : celle-ci est variable d'après la sévérité de la lésion, de même que leur nombre (simples ou multiples) ;
- topographie : toutes les muqueuses peuvent être concernées, sauf les structures les plus postérieures telles que la luette et les piliers amygdaliens, car étant difficilement accessibles par le sujet ;
- texture : surface lisse ou végétante en cas d'ulcération ;
- terrain : identifié précédemment lors de l'entretien.

*from mental retardation, a pervasive developmental disorder, a congenital syndrome or another syndrome? Is he/she affected with behavioral disorders, especially eating disorders, personality disorders or other psychiatric disorders? It is also necessary to know about the current treatments and medications, and pay particular attention to psychoactive medicines (anxiolytics, hypnotics, antidepressants).
Any possible abuse of substances (drugs, alcohol) must be written down.*

ORAL ANAMNESIS

Besides the oral history, it is necessary to review the history of the self-injurious behavior as well as the history of the lesions of the oral mucous membranes. These lesions can be fully acknowledged as self-injurious by the patient or by his/her companion, in which case the medical questionnaire can be filled in quicker:

- *Is there already a diagnosed self-injurious behavior, a treatment plan already started?*
- *What are the affected zones of the body? Is the mouth the only location?*
- *What is the type of the lesions: cuts/blows/burns/biting/scratching?*
- *Are pains, discomfort associated?*
- *Since when has the self-injurious behavior appeared? How often?*
- *Are there one or several triggers or aggravating elements or circumstances?*
- *Has the patient harmful habits, are self-mutilations ritualized?*

Concerning the hidden self-injurious behaviors, the practitioner will have to carry out the same rigorous diagnostic approach as with any non self-injurious lesion of the oral mucous membranes, proceeding essentially by the elimination of the other diagnostic hypotheses.

THE ENDOBUCCAL AND EXOBUCCAL CLINICAL EXAMINATION

EXAMINATION OF THE ORAL MUCOUS MEMBRANES

(EJEIL AND DRIDI ROS, 2009)

The collected information must allow to describe one or several lesions, according to the 5T mnemonic rule (in French):

- *Type: examples: atypical traumatic ulcerations, often surrounded with reactive hyperkeratosis when the lesions remain, periodontal recessions are the most frequently found as far as self-mutilations are concerned.*
- *Size: this element varies according to the severity of the lesion, as well as their number (single or multiple).*
- *Topography: all the mucous membranes can be affected, except the most posterior structures such as the uvula and the tonsil pillars, since they cannot be reached easily by the patient.*
- *Texture: smooth surface or granular surface in case of ulceration*
- *Terrain: previously identified during the interview.*

RECHERCHE D'ADÉNOPATHIES

Les lésions auto-infligées des muqueuses buccales ne sont pas associées à des adénopathies, à moins d'être surinfectées, auquel cas elles sont spontanément douloureuses, souples, et n'adhèrent pas aux plans sous-jacents.

EXAMEN CLINIQUE DES PARTIES DU CORPS FACILEMENT ACCESSIBLES (VISAGE, BRAS, JAMBES)

En cas de suspicion d'autres localisations, le patient peut être adressé chez un médecin généraliste qui complétera l'examen général.

LES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Généralement, en cas d'automutilation, les examens complémentaires radiologiques ou sanguins sont normaux, en dehors d'une surinfection ou d'une anémie qui peuvent être mis en évidence. L'analyse histologique ne montre aucune atteinte spécifique.

Le risque majeur à ce stade est de multiplier les examens complémentaires de plus en plus invasifs faute d'éléments probants et de tomber dans le surtraitement.

LE DIAGNOSTIC

Le diagnostic est essentiellement différentiel. Pour les pertes de substance gingivales comme pour les ulcérations, il faut pouvoir éliminer tout facteur étiologique autre que l'automutilation, en particulier celui du carcinome épidermoïde gingival. En effet, le retard ou l'absence de cicatrisation peut faire craindre un carcinome épidermoïde, mais, pour ce dernier, une ou des adénopathies homolatérales fixes et non douloureuses sont systématiquement présentes, ce qu'on ne retrouve pas dans le cas d'automutilations. D'origine maligne, il entraîne habituellement une perte de substance gingivale aux bords surélevés, éversés, plus ou moins réguliers. L'ulcération repose sur une base indurée qui dépasse les limites de la lésion.

LES THÉRAPEUTIQUES

Même si la tâche semble délicate, le chirurgien-dentiste doit essayer d'orienter subtilement le patient vers un professionnel de santé mentale, car la thérapeutique relève souvent de l'ordre psychiatrique. La prise en charge des pathologies psychiques en rapport avec les automutilations permet d'agir à la fois aussi bien sur le plan curatif (cicatrisation des lésions, amélioration des fonctions esthétique et fonctionnelle) que sur le plan préventif (diminution de leur fréquence d'apparition, voire arrêt du comportement automutilateur).

La prise en charge des lésions muqueuses buccales est d'ordre symptomatique. Le praticien pourra également recourir à des prescriptions médicamenteuses, à des solutions prothétiques adaptées, ainsi qu'à des thérapeutiques parodontales et chirurgicales.

LES PRESCRIPTIONS MÉDICAMENTEUSES

Les ulcérations muqueuses pourront faire l'objet d'une prescription antalgique adaptée au contexte psychiatrique du sujet, à son âge et à la

SEARCH FOR ADENOPATHIES

The self-inflicted lesions of the oral mucous membranes are not associated with adenopathies, except when they are superinfected, in which case they are spontaneously painful, flexible and do not adhere to the underlying layers.

CLINICAL EXAMINATION OF THE EASILY ACCESSIBLE BODY PARTS (FACE, ARMS, LEGS)

In case of suspicion of other affected areas, the patient can be sent to a general practitioner who will complete the general examination.

ADDITIONAL EXAMINATIONS

In case of self-mutilations, the additional radiological or blood examinations are generally normal, except when a secondary infection or anaemia can be highlighted. The histological analysis shows no specific impairment. The major risk at this stage is to multiply more and more invasive additional examinations due to a lack of convincing elements and fall into excessive treatments.

DIAGNOSIS

The diagnosis is essentially differential. For gingival substance losses as for ulcerations, it is necessary to be able to eliminate any etiologic factor other than self-mutilation, and particularly gingival squamous cell carcinoma. Indeed, a delayed healing or no healing at all may highlight the presence of squamous cell carcinoma; in this case, one or several fixed and non painful ipsilateral adenopathies are systematically present, which we do not find in the case of self-mutilations. Malignant, it usually generates a gingival substance loss with raised, everted edges, more or less even. The ulceration rests on a hardened basis which exceeds the edges of the lesion.

THERAPEUTIC PLANS

Even if the task seems delicate, the dental practitioner must try and tactfully direct the patient to a professional of mental health, because the therapeutics is often related to the psychiatric field: the treatment of psychic pathologies connected to self-mutilations allows to provide simultaneously a curative action (healing of the lesions, improvement of the aesthetic and functional functions) and a preventive action (decrease of their incidence and even end of the self-injurious behavior).

Treating oral mucous lesions is symptomatic. The practitioner can also provide medicinal prescriptions, adequate prosthetic solutions as well as periodontal and surgical procedures.

MEDICINAL PRESCRIPTIONS

Mucous ulcerations may be treated with an analgesic prescription adapted to the patient's psychiatric context, to his/her age and to the degree of pain (level

douleur qu'il ressent (de palier 1 ou 2) et d'un gel contenant un anesthésiant à base de lidocaïne ou xylocaïne visqueuse à 2 %. Afin de prévenir ou traiter une surinfection, des bains de bouche ou des gels à base de chlorhexidine peuvent compléter la prescription.

LES SOLUTIONS PROTHÉTIQUES

Essentiellement pour prévenir les lésions de grattage et les risques de morsures dans le contexte d'automutilations stéréotypiques, et pour abolir leur interférence dans la cicatrisation des lésions déjà présentes, des dispositifs variés ont été conçus et décrits dans la littérature, tels l'appareil amovible à protections latérales (Lucavechi et coll., 2007) dans l'esprit des pansements occlusifs utilisés en dermatologie, des attelles postérieures acryliques amovibles (Aristidis et coll., 2010), des gouttières thermoformées (Cauwels et Martens, 2005) et lip-bumper (Bonjin et coll., 2002) pour créer une inocclusion artificielle afin d'empêcher le patient de se mordre les lèvres, les joues et la langue.

LES THÉRAPEUTIQUES PARODONTALES ET CHIRURGICALES

Une chirurgie muco-gingivale peut être envisagée pour recouvrir les racines exposées mais uniquement après gestion du comportement automutilateur à l'origine des récessions parodontales, sans quoi l'odontologiste s'exposerait à des échecs de traitement et des récurrences.

Les extractions sont également indiquées lorsque le chirurgien-dentiste est confronté à l'impossibilité de mettre en œuvre une solution prothétique prévenant les morsures et lorsque les automutilations sont sévères, avec des pertes de substances importantes et irréversibles. Plus particulièrement dans la première période de vie, l'enfant n'est pas accessible à une prise en charge pédopsychiatrique et l'extraction des dents lactéales s'avère souvent inévitable. Le but est de ménager un temps d'accalmie pour renforcer les thérapeutiques comportementales et prévenir la reprise des automutilations avec l'éruption des dents permanentes.

Toutefois, ce choix thérapeutique doit être mûrement réfléchi. Bien qu'étant la plus efficace, elle se doit d'être utilisée en dernier recours du fait de son irréversibilité et de ses conséquences aussi bien sur le plan fonctionnel (mastication, déglutition, phonation) que sur le plan esthétique (profil de personne âgée), sans compter ses répercussions psychologiques et sociales.

La chirurgie orthognathique est une solution qui peut également être employée afin de créer une béance antérieure dans le cadre de morsures (Bonin et coll., 2002).

CONCLUSION

Les chirurgiens-dentistes sont globalement peu sensibilisés à tout ce qui a trait à la psychopathologie, automutilations comprises. Il faut pourtant nous adapter à l'évolution des maladies et à leur composante psychique croissante, ce qui nous permettra d'assurer une meilleure prise en charge de nos patients. Face à des lésions d'aspect atypique, qui ne cicatrisent pas ou peu, aux localisations évocatrices et en l'absence d'étiologie évi-

1 or 2) and with a gel containing an anesthetic with lidocaine or xylocaine viscous 2%. To prevent or handle a secondary infection, chlorhexidine mouthwashes or gels can complete the prescription.

PROSTHETIC SOLUTIONS

In order to prevent lesions due to scratching and the risks of bites in the context of stereotypical self-mutilations, and to eliminate their interference in the healing of the already existing lesions, various devices have been designed and described in the literature, such as the removable device fitted with lateral protections (Lucavechi et al. 2007) inspired from the occlusive dressings used in dermatology, removable acrylic posterior splints (Aristidis et al. 2010), thermoformed splints (Cauwels and Martens 2005) and lip-bumper to create an artificial malocclusion in order to prevent the patient from biting his/her lips, cheeks and tongue.

PERIODONTAL AND SURGICAL THERAPEUTICS

A mucous-gingival surgery can be envisaged to cover the exposed roots but only after the self-injurious behavior causing the periodontal recessions has been handled, otherwise the treatment prescribed by the dental practitioner might fail and recurrences may occur.

Extractions are also indicated when the dental surgeon is unable to perform a prosthetic procedure preventing biting and when self-mutilations are severe, with important and irreversible substance losses. Particularly during the first period of life, the child cannot be handled by a psychiatrist and the extraction of lacteal teeth thus often turns out inevitable. The purpose is to arrange a period of calm in order to strengthen the behavioral therapeutics and to prevent the recurrence of self-mutilations with the eruption of permanent teeth.

However, this therapeutic choice must be carefully pondered. Although being the most effective, it must be used as a last resort because of its irreversibility and its repercussions both on the functional level (mastication, deglutition, phonation) and the aesthetic level (profile of an elderly person); its psychological and social repercussions also need to be taken into account.

The orthognathic surgery is a solution which can also be used to create an anterior open bite in the case of biting (Bonin et al. 2002).

CONCLUSION

Dental surgeons are globally not very receptive to matters related to psychopathology, including self-mutilations. It is nevertheless necessary to adapt to the evolution of the diseases and to their growing psychological component, which will allow us to provide better care to our patients. In the case of atypical lesions, which do not heal or only partially heal, with

dente, il est important de penser à la possibilité d'une lésion auto-infligée au niveau des muqueuses buccales. L'idée n'est pas d'occulter la place du psychiatre ou du psychothérapeute mais de travailler en pluridisciplinarité avec les professionnels de santé mentale pour le traitement des facteurs étiopathogéniques des automutilations et de leurs comorbidités associées.

Lecture conseillée :

A.-L.Ejeil et S.-M. Dridi,
« L'examen clinique des muqueuses buccales »,
Revue d'odonto-stomatologie, 2008 ; 37 : 238-240.

evocative locations and in the absence of obvious etiology, it is important to think of the possibility of a self-inflicted lesion of the oral mucous membranes. The psychiatrist's or the psychotherapist's role must not be put aside; it is necessary to work in a multidisciplinary approach with professionals of mental health to treat the etiopathogenic factors of self-mutilations and their associated comorbidity.

Helpful reading

Ejeil A.-L., Dridi S.-M.
L'examen clinique des muqueuses buccales.
Revue d'Odonto-Stomatologie 2008 ; 37 : 238-240.

Traduction : Marie Chabin

BIBLIOGRAPHIE

ARHAKI A. TOPOUZELIS N., KOTSIOMITI E., KOTSANOS N. – Effective Treatment of Self-Injurious Oral Trauma in Lesch-Nyhan Syndrome: A Case Report. *Dent Traumatol* 2010;26(6) :496-500.

BIGOT T. – Comportements d'automutilation : sens, détection et prise en charge. *Entretiens de Bichat* 2010;428-432.

BONIN B., LABARTE F., VAN HOVE A., PICARD A., GOGA, D. – Automutilations orales et insensibilité congénitale à la douleur : diagnostic et difficultés thérapeutiques. Elsevier Masson SAS, *Rev de Stomatol Chir MaxilloFac* 2002;103(1): 30-32.

CAUWELS R.G., MARTENS L.C. – Self-Mutilation Behaviour in Lesch-Nyhan Syndrome. *J Oral Pathol Med* 2005;34:9:574-575.

CONSOLI S.G. CHASTAING M., MISERY L. – Psychiatrie et dermatologie. EMC Elsevier Masson SAS *Dermatologie*, 2010.

CREATH C.J., STEINMETZ S., ROEBUCK R. – A Case Report. Gingival Swelling due to a Fingernail-Biting Habit. *J Am Dent Assoc* 1995;126(7):1019-1021.

DEBRAY Q., GRANGER B., AZAÏS F. – Psychopathologie de l'adulte : 4ème édition. Ed: Masson Paris, 2013.

DILSIZ A., AYDIN T. – Self-Inflicted Gingival Injury due to Habitual Fingernail Scratching : A Case Report with a 1-Year Follow up. *Eur J of Dent* 2009;3(2):150-154.

DRIDI S.-M., EJEIL A.-L., GAULTIER F., MEYER J. – La gencive pathologique de l'enfant à l'adulte : diagnostics et thérapeutiques. Ed: Espace ID 2013.

EL BOUIHI M., EL FARES N., SLIMANI F., BENNIS K., BENJELLOUN A., CHEKKOURY IDRISSE A. – Utilisation du lip bumper ou pare-choc labial dans la prise en charge d'une autophagie labiale. *Revue de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-faciale*. 2009;110:4:233-235.

ERLICH M. – La mutilation. Ed: PUF Paris, 1990.

FAVAZZA A.R., ROSENTHAL R.J. – Diagnostic Issues in Self-Mutilation. *Hospital and Community Psychiatry* 1993;44(2): 134-140.

GICQUEL L., CORCOS M. – Les automutilations à l'adolescence. Ed: Dunod Paris, 2011.

GICQUEL L., CORCOS M., GUELFY J.D. – Automutilations à l'adolescence. EMC Elsevier Masson SAS, *Psychiatrie*, 2007.

GRANGER B. – La Psychiatrie d'aujourd'hui : du diagnostic au traitement. Ed: Odile Jacob Paris, 2002.

GRANT J.E. – Skin Picking Disorder. *Am J Psychiatry* 2012;169(11):1143-1149. International Society for the Study of Self-injury. <https://www.facebook.com/ITripleS>.

KREJCI C.B. – Self-Inflicted Gingival Injury due to Habitual Fingernail Biting. *J Periodontol* 2000;71(6):1029-1031.

KLONSKY E.D., OLTMANN T.F., TURKHEIMER E. – Deliberate Self-Harm in a Nonclinical Population: Prevalence and Psychological Correlates. *Am J Psychiatry* 2003;160:1501-1508.

LEMPERIERE T. – Troubles conversifs, troubles factices, simulations : approche clinique. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 2010;168(4):286-290.

LUCAVECHI T., BARBERIA E., MAROTO M., ARENAS M. – Self-Injurious Behavior in a Patient with Mental Retardation: Review of the Literature and a Case Report. *Quintessence Int* 2007;38(7): 393-398.

LORTHIOIS M. – De l'automutilation, mutilations et suicides étranges - Thèse de doctorat, Lille, 1909.

MASS E., GADOTH N. – Oro-dental self-mutilation in familial dysautonomia. *J Oral Pathol Med* 1994;23(6):273-276.

MEADOW R. – Munchausen syndrome by proxy. The hinterland of child abuse. *Lancet* 1977;13:2(8033):343-345.

MEDINA A.C. Sogbe R., Gómez-Rey A.M., Mata M. – Factual Oral Lesions in an Autistic Paediatric Patient. *Int J of Paediatr Dent* 2003;13(2):130-137.

NICHOLAS L.M. – Trouble obsessionnel compulsif. Médecine interne de Netter. Ed: Elsevier Masson SAS, Issy-les-Moulineaux 2011:1277-1281.