

item 69

TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES CHEZ L'ADOLESCENT ET L'ADULTE

- I. Introduction
- II. L'Anorexie mentale
(ou anorexia nervosa)
- III. Boulimie (ou bulimia nervosa)
- IV. Accès hyperphagiques ou
hyperphagie boulimique
- V. Autres troubles de l'ingestion
d'aliments



OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- * Diagnostiquer les troubles des conduites alimentaires chez l'adolescent et l'adulte.
- * Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi des troubles des conduites alimentaires.
- * Connaître les principales anomalies métaboliques associées à ces désordres et leur prise en charge en aigu.

CAS CLINIQUES SIDES

[http://side-sante.fr/
learning/bank/index/
sides/2/69](http://side-sante.fr/learning/bank/index/sides/2/69)





POINTS CLEFS

- * Trois troubles du comportement alimentaires (TCA) : anorexie, boulimie et l'hyperphagie boulimie.
- * Il est important d'éliminer les causes médicales non-psychiatriques devant tout TCA ainsi que d'évaluer les nombreuses répercussions de tels troubles.
- * Les comorbidités psychiatriques sont fréquentes et doivent être recherchées. Le risque suicidaire doit être systématiquement évalué.
- * Les critères d'hospitalisation, notamment pour l'anorexie doivent être connus.
- * L'hyperphagie boulimie doit être évoquée chez tous les patients présentant une obésité.

1. INTRODUCTION

L'alimentation appartient aux fonctions instinctuelles des mammifères et est indispensable à leur survie. Les conduites alimentaires sont le versant comportemental des mécanismes de régulation énergétique et nutritionnelle qui assurent l'homéostasie de l'organisme. Ces conduites sont influencées par des facteurs **physiologiques**, **psychologiques**, **comportementaux** (en lien avec l'apprentissage) et **environnementaux** (impact culturel et rôle social de l'alimentation). Les troubles du comportement alimentaires (TCA) sont définis par l'existence de perturbations **significatives** et **durables** de la prise alimentaire. La notion de seuil significatif, pour parler de comportement pathologique, s'établit en tenant compte du contexte culturel, de l'intensité des perturbations, de leurs conséquences sur le plan médical général, de la souffrance psychique et des conséquences sociales.

L'étiopathogénie des TCA est encore mal connue. Ils sont d'origines **multifactorielles** et en lien avec des **facteurs de vulnérabilités** (« terrain » génétique et/ou anomalies biologiques préexistantes), des **facteurs déclenchants** (régimes alimentaires stricts, événements de vie majeurs, puberté et œstrogènes) et des **facteurs d'entretien** (déséquilibres biologiques induits par le trouble, bénéfices relationnels sur l'environnement, « bénéfiques » psychologiques). Les modifications des comportements alimentaires seraient initialement des mécanismes adaptatifs à des situations dites de stress psychique. Ces mécanismes, initialement bénéfiques, sont rapidement débordés et aboutissent à la mise en place d'un comportement contraignant ayant des effets négatifs. In fine, ces comportements deviennent permanents et aboutissent à de véritables maladies qui peuvent aller jusqu'au décès du patient.

La classification DSM-5 de l'American Psychiatric Association retient l'existence de 3 grands TCA :

- * l'**anorexie mentale** (ou anorexia nervosa) ;
- * la **boulimie** (ou bulimia nervosa) ;
- * l'**accès hyperphagique** ou hyperphagie boulimique (Binge-Eating Disorder).

Cette classification retient aussi l'existence d'autres troubles dits de l'ingestion d'aliments: **pica**, **mérycisme**, **restriction ou évitement de l'ingestion d'aliments** et les troubles dits **non spécifiques**. Ces formes non caractérisées représentent de 30 à 50 % des TCA.

2. L'ANOREXIE MENTALE (OU ANOREXIA NERVOSA)

2.1. Épidémiologie

Sa prévalence sur la vie est estimée à 0,6 % dans la population adulte caucasienne.
 Le sex-ratio est de 1 homme pour 8 femmes.
 L'anorexie mentale commence dans 84-87 % des cas entre 15 et 25 ans.
 La mortalité est estimée à 1 % par an.
 L'évolution se fait pour la moitié environ vers la rémission complète, 30 % vers la rémission partielle et entre 20 et 30 % vers une forme chronique ou le décès.

2.2. Sémiologie psychiatrique

Critères DSM-5	
<ul style="list-style-type: none"> * Restriction des apports énergétiques par rapport aux besoins conduisant à un poids significativement bas, * Peur intense de prendre du poids et de devenir gros, malgré une insuffisance pondérale, * Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps (dysmorphophobie), faible estime de soi (influencée excessivement par le poids ou la forme corporelle), ou manque de reconnaissance persistant de la gravité de la maigreur actuelle. 	
<p>TYPE RESTRICTIF Au cours des 3 derniers mois : la perte de poids est essentiellement obtenue par le régime, le jeûne et/ou l'exercice physique excessif.</p>	<p>TYPE ACCÈS HYPERPHAGIQUES/PURGATIF Au cours des 3 derniers mois : présence de crises d'hyperphagie récurrentes et/ou a recouru à des vomissements provoqués ou à des comportements purgatifs.</p>
Éléments cliniques	
Début	<ul style="list-style-type: none"> * Surtout chez les adolescentes, avec quelques groupes à risques (sportifs, mannequins, danseurs...). * Débute souvent au moment de l'apparition des transformations corporelles de la puberté. * Mode d'entrée fréquent sous la forme d'un régime restrictif (du fait d'un léger surpoids prémorbide).
Perte de poids	<ul style="list-style-type: none"> * Plus ou moins rapide, banalisée par la patiente. * Associée à un sentiment de réassurance initiale, une impression d'absence de fatigue, d'euphorie voire de toute puissance. * Aboutit à l'effacement des aspects sexués du corps ainsi qu'à des troubles trophiques (altération des phanères, hypertrichose, lanugo, acrocyanose et œdèmes carentiels). * Responsable d'une hypotension, d'une bradycardie et d'une hypothermie.
Restrictions	<ul style="list-style-type: none"> * Survenue progressive, quantitative (calories) et qualitative (aliments gras et sucrés surtout). * Restrictions sélectives avec des évitements initialement sur les aliments caloriques (gâteaux, pâtisseries, beurre, crème...) puis sur les viandes, les féculents... Elles aboutissent à des règles inflexibles.

Autres stratégies de contrôle du poids	<ul style="list-style-type: none"> * Vomissements provoqués : la plus fréquente des stratégies de contrôle * Prises de laxatifs, fréquentes, pouvant aboutir à des troubles fonctionnels digestifs et hypokaliémie (+/ – mélanose colique). * Prises de diurétiques, coupe-faim, hormones thyroïdiennes ou dérivés des amphétamines. * Potomanie : consommation excessive et souvent compulsive, de liquide, non calorique. Cela peut aboutir à des hyponatrémies avec risque de convulsions et de coma. * Hyperactivité physique, expositions accrues au froid.
Distorsions cognitives	<ul style="list-style-type: none"> * Absence de conscience du trouble (insight). * Perturbation de l'image du corps : les sujets se ressentent trop gros malgré un poids en dessous de la normale. * Envahissement et préoccupations excessives autour du poids et de l'alimentation. * Croyances erronées sur le fonctionnement digestif et les aliments. * Évitement alimentaire, induit par le désir de perte de poids, mais aussi par des distorsions cognitives (aliments contaminants, nocifs...). * Anomalies neuropsychologiques des fonctions exécutives (surtout caractérisées par une altération de la flexibilité cognitive).
Aménorrhée	<ul style="list-style-type: none"> * Peut être primaire ou secondaire et est dû à un panhypopituitarisme d'origine hypothalamique avec une infertilité associée. * Parfois absente au début du trouble, sa présence est un facteur de gravité.
Traits associés	<ul style="list-style-type: none"> * Traits obsessionnels fréquents (perfectionnisme, ascétisme, perte de flexibilité, recherche de contrôle). * Surinvestissement intellectuel, au détriment des autres champs relationnels et affectifs. * Altération de la sexualité : désinvestie ou à l'inverse hyperactive, souvent conséquence de la dénutrition.
Retentissement	<ul style="list-style-type: none"> * Ostéoporose (carences en vitamine D et hypercatabolisme osseux lié à la carence œstrogénique). * Amyotrophie. * Œdèmes (10 %, surtout dans la forme boulimique). * Troubles hydroélectrolytiques : hyponatrémie, hypokaliémie, hypocalcémie. * Insuffisance rénale fonctionnelle. * Hypoglycémie, avec malaise et perte de connaissance. * Anémie carencielle (Fer, B9, B12...), retrouvée dans environ 15 % des cas. * Thrombopénie, leucopénie et lymphopénie (avec risque d'infection plus important). * Atteintes cardiovasculaires : troubles du rythme à chercher systématiquement, cause majeure de surmortalité, hypotension. * Troubles digestifs avec brûlures œsophagiennes, retard à la vidange gastrique, hypertrophie des glandes salivaires (mâchoires carrées), érosions dentaires (surtout en cas de vomissements provoqués).
Formes spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> * Chez l'homme : plus rare et de plus mauvais pronostic. * Forme prépubère : Il existe un risque de retard staturo-pondéral (qui peut être prévenu par hormone de croissance) et d'aménorrhée primaire.

2.3. Diagnostics différentiels et comorbidités

2.3.1. Diagnostics différentiels

- * Certaines **tumeurs cérébrales** telles les tumeurs du tronc cérébral ou les craniopharyngiomes (scanner et IRM) ;
- * certaines hémopathies telles que les **leucémies** (NFS) ;
- * maladies du tractus digestif, telles la maladie de **Crohn** (NFS, VS, endoscopie), l'**achalasie de l'œsophage** (transit œsophagien baryté, endoscopie) ;
- * **hyperthyroïdie** (TSH, T₃, T₄) ;
- * **diabète** insulinodépendant (Glycémie, Auto Anticorps) ;
- * **panhypopituitarisme**, maladie d'Addison (clinique et dosage des hormones de l'axe corticotrope) ;
- * **trouble obsessionnel compulsif** (attention, il s'agit aussi d'une comorbidité fréquente) ;
- * trouble psychotique chronique et notamment **schizophrénie** (idée délirante d'empoisonnement, forme hébéphrène...) ;
- * **phobies alimentaires**, autres **TCA** ou de l'**ingestion d'aliments** ;
- * **Épisodes dépressifs caractérisés**.

2.3.2. Comorbidités psychiatriques

Ils sont plutôt la règle que l'exception et doivent donc être systématiquement recherchés.

- * **Épisodes dépressifs caractérisés** : très fréquents dans le parcours de l'anorexie mentale et qui augmente le risque suicidaire ;
- * **troubles obsessionnels et compulsifs** (TOC) surtout, autour de rituels de rangement, vérification et lavage ;
- * **phobie sociale** ;
- * **trouble anxieux généralisé** ;
- * **personnalité borderline ou état limite** (avec comportements d'auto-mutilation, tentatives de suicide) ;
- * **troubles addictifs** : peu d'alcool, surtout abus et/ou une dépendance aux psychotropes, plutôt de type psychostimulant.

2.4. Le pronostic et l'évolution

2.4.1. Évolution spontanée

La **mortalité** (par suicide ou liée aux complications de la cachexie), est **une des plus élevées** des troubles mentaux.

L'évolution se fait souvent vers la **chronicité** ou l'**enkystement** du trouble.

Cependant, il existe aussi des **rémissions spontanées**, souvent dans les formes de l'adolescence (début précoce).

Si la précocité du trouble est de bon pronostic, son ancienneté de l'est pas, d'où l'importance d'une prise en charge **la plus précoce possible**.

2.4.2. Évolution sous traitement

L'évolution peut être considérée comme **favorable** (rémission partielle ou totale) **dans 50 % des cas** si l'on considère uniquement la triade diagnostique (anorexie, amaigrissement, aménorrhée). Ce taux chute à 30 % si l'on considère l'ensemble du tableau psychiatrique, ainsi que la qualité de vie, la vie relationnelle et l'insertion sociale.

Le passage à la **chronicité** correspond à **30 % des cas** au-delà de 5 ans, et 20 à 30 % des patients continuent à être atteints 10 ans plus tard.

Les **rechutes** sont **fréquentes** (30-50 % de rechutes dans l'année qui suit une hospitalisation).

L'évolution est généralement marquée par des fluctuations pondérales ainsi que la **succession** d'épisodes anorexiques, avec ou sans épisodes boulimiques et le **passage d'une forme à l'autre**.

La **mortalité** est de **5-10 %** dans les 10 ans suivant le premier épisode diagnostiqué. Le décès est le plus souvent dû à un arrêt cardiaque par troubles de la conduction, un déséquilibre métabolique, des complications infectieuses, pulmonaires ou septicémiques ou un suicide.

2.5. Prise en charge de l'anorexie mentale

2.5.1. Intérêt de la prise en charge précoce

Le dépistage et la prise en charge du trouble doivent être les plus précoces possible. L'objectif est de prévenir le risque d'évolution vers une forme chronique et les complications médicales, psychiatriques ou psychosociales, en particulier chez les adolescents.

2.5.2. Principes et objectifs de la prise en charge

La prise en charge, qu'elle soit ambulatoire ou hospitalière, doit toujours être **multidisciplinaire** (reposant sur un partenariat psychiatre/non-psychiatre), **ininterrompue** (programmation des relais, synthèse entre les équipes...) et **prolongée** (un an après la rémission au minimum).

Il est recommandé que la prise en charge initiale s'effectue en **ambulatoire**, sauf en cas d'urgence médicale (non-psychiatrique ou psychiatrique) et que **l'entourage y soit associé**.

L'évaluation doit être globale sur l'état clinique général : physique, nutritionnel et psychiatrique ; incluant aussi l'évaluation du fonctionnement familial et du cadre social. Elle doit rechercher les **signes de gravité**, en particulier ceux justifiant une **hospitalisation** (cf. 2.5.4 « Quand hospitaliser ? »).

Les objectifs pondéraux, nutritionnels et psychothérapeutiques doivent être fixés **individuellement** (cf. ci-dessous dans la prise en charge). La prise en charge est souvent **contractualisée** (par exemple, « contrat de poids »).

La famille joue un rôle clé dans le succès de la prise en charge et doit être le plus possible associée aux décisions thérapeutiques. Une vigilance toute particulière doit lui être portée afin de les aider à comprendre et supporter la maladie de leur proche.

RAPPEL SUR L'IMC

IMC = Indice de Masse Corporel = Poids (kg) / Taille² (en m).

IMC	Interprétation
moins de 16,5	Dénutrition
16,5 à 18,5	Maigreur
18,5 à 25	Corpulence normale
25 à 30	Surpoids
30 à 35	Obésité modérée
35 à 40	Obésité sévère
plus de 40	Obésité morbide

2.5.3. Bilan clinique et paraclinique

Anamnestique	<ul style="list-style-type: none"> * Antécédents médicaux (y compris psychiatriques). * Histoire pondérale, pourcentage de perte de poids et cinétique de la perte de poids. * Restriction et autres comportements associés. * Comorbidités. * Evaluation de l'environnement social et familial.
Clinique	<ul style="list-style-type: none"> * Poids, taille, IMC, percentile d'IMC pour l'âge et courbe de croissance pour les enfants et adolescents. * Évaluation du stade pubertaire de Tanner chez l'adolescent (recherche d'un retard pubertaire) et recherche d'une aménorrhée (filles) ou d'une dysfonction érectile (garçons) chez les pubères. * Fréquence cardiaque, tension artérielle, température. * Signes de déshydratation. * État cutané et des phanères (dont auto-mutilations), œdèmes, acrosyndrome. * Examen général à la recherche de complications musculaires, neurologiques et endocriniennes. * Examen clinique psychiatrique (état thymique, risque suicidaire, comorbidités...).
Biologique	<ul style="list-style-type: none"> * NFS, plaquette, ionogramme complet, urée, créatinine, clairance de la créatinine. * Calcémie, phosphorémie, 25OH-D₃. * Bilan hépatique : ALAT, ASAT, PAL et TP. * Albumine, préalbumine. * CRP. * TSH, à discuter si doute sur une hyperthyroïdie.
Paraclinique	<ul style="list-style-type: none"> * Électrocardiogramme (trouble du rythme, signe d'hypokaliémie sévère, QT long). * Ostéodensitométrie osseuse. * Impédancemétrie (% de masse grasse). * Imagerie cérébrale à discuter.

2.5.4. Quand hospitaliser ?

Les critères d'hospitalisation sont impérativement **à connaître**.

Anamnestiques	<ul style="list-style-type: none"> * Perte de poids \geq 20 % en 3 mois. * Malaises, chutes ou pertes de connaissance. * Vomissements incoercibles. * Échec de la renutrition ambulatoire. * Restriction extrême (refus de manger et/ou boire).
Cliniques	<ul style="list-style-type: none"> * Idéations obsédantes intrusives et permanentes. * Incapacité à contrôler les comportements compensatoires. * Nécessité d'une assistance nutritionnelle (sonde nasogastrique). * Amyotrophie importante avec hypotonie axiale. * Déshydratation, hypothermie, hypotension artérielle ou bradycardie.
Paracliniques	<ul style="list-style-type: none"> * Anomalies de l'ECG. * Hypoglycémie. * ASAT ou ALAT $>$ 10 N. * Troubles hydroélectrolytiques ou métaboliques sévères. * Insuffisance rénale. * Leucopénie ou neutrophiles.
Risque suicidaire	<ul style="list-style-type: none"> * Tentative de suicide ou projet suicidaire précis. * Automutilations répétées.
Comorbidités	<p>Peuvent à elles seules justifier l'hospitalisation si sévères :</p> <ul style="list-style-type: none"> * dépression, * abus de substances, * anxiété sévère, * symptômes psychotiques, * troubles obsessionnels compulsifs.
Motivation, coopération	<ul style="list-style-type: none"> * Échec de la prise en charge ambulatoire. * Patient peu coopérant aux soins ambulatoires.
CRITÈRES ENVIRONNEMENTAUX ET SOCIAUX	
Disponibilité de l'entourage	<ul style="list-style-type: none"> * Problèmes familiaux ou absence de famille. * Épuisement de l'entourage.
Stress environnemental	<ul style="list-style-type: none"> * Critiques environnementales élevées. * Isolement social sévère.
Disponibilité des soins	<ul style="list-style-type: none"> * Pas de traitement ambulatoire possible (manque de structures...).

2.5.5. Aspect psychothérapeutique de la prise en charge

Cet aspect de la prise en charge vise à :

- * **favoriser l'adhésion aux soins** et l'alliance thérapeutique ;
- * comprendre et **accepter** la nécessité de **la renutrition** ;
- * réintroduire la notion de **plaisir dans l'alimentation** ;

- * **corriger les distorsions cognitives** et les attitudes dysfonctionnelles ;
- * **renforcer le « moi »** (estime, image et affirmation de soi) ;
- * améliorer les relations **interpersonnelles** (sociales et familiales) ;
- * traiter les éventuelles **comorbidités psychiatriques** ;
- * en cas d'antécédent d'**abus sexuel**, une approche adaptée est à envisager.

La prise en charge psychothérapeutique doit être adaptée à l'état médical général, aux capacités et aux souhaits du patient. Les structures spécialisées de type « hôpital de jour » facilitent la prise en charge qui est d'autant plus efficace qu'elle est multiple (nutritionnelle, cognitive, psychiatrique, groupes d'échanges, relaxation...).

Les psychothérapies envisageables (seules ou en association) sont :

- * la **thérapie familiale**, seule approche ayant été réellement validée dans la prise en charge de cette maladie, surtout chez l'enfant et l'adolescent ;
- * la **thérapie cognitivo-comportementale** (TCC) qui est un moyen efficace de traitement de l'anorexie mentale et qui a fait la preuve de son efficacité au sein d'études randomisées. Cette thérapie vise à identifier et corriger les pensées erronées concernant l'alimentation, les comportements et les perceptions corporelles. Elle peut être réalisée en séance individuelle, en groupe, en atelier (« atelier repas »), etc ;
- * les autres approches comme les **entretiens motivationnels** (surtout en début de prise en charge), la **psychothérapie de soutien**, les **thérapies familiales** (recommandées pour les enfants et adolescents) ou **systémiques**, les **thérapies d'inspiration psychanalytique** et, en association, les approches à **médiation corporelle** (sophrologie, relaxation, psychomotricité, art-thérapie...).

Il est recommandé que la psychothérapie choisie se maintienne **au moins 1 an après une amélioration clinique significative**.

2.5.6. Prise en charge pharmacologique

Il n'existe **pas de traitement pharmacologique spécifique** de l'anorexie mentale. L'utilisation des psychotropes doit par ailleurs être prudente chez le patient souffrant d'anorexie du fait de leurs effets indésirables (allongement du QT). Ils sont surtout utilisés pour traiter les comorbidités. Ils ne sont jamais un axe de traitement au long terme.

Cependant, certains antidépresseurs peuvent être utilisés pour traiter des **syndromes spécifiques concomitants** (troubles dépressifs, anxieux, TOC) s'ils dominent le tableau, **s'ils ne sont pas améliorés par la reprise pondérale** ou s'ils sont secondaires à celle-ci.

2.5.7. Aspect nutritionnel de la prise en charge

Le travail diététique et nutritionnel a pour objectif initial (Phase 1) la **renutrition**, c'est-à-dire l'obtention et le maintien d'un poids (ou une vitesse de croissance adéquate pour les enfants et les adolescents) et d'un statut nutritionnel adaptés. **Elle doit être prudente et progressive, afin d'éviter les complications de la renutrition (Syndrome de Rénutrition Inapproprié, SRI)** : cytolysse hépatique, rétention hydrosodée et états hyperosmolaires, troubles de l'hémostase, hypophosphorémie, hypokaliémie, hypomagnésémie, dysglycémie, carences vitaminiques, insuffisance cardiaque avec risque de trouble du rythme cardiaque). Lors de cette phase il est parfois nécessaire de recourir à une assistance nutritive, sous la forme d'une nutrition entérale discontinuée d'appoint par sonde nasogastrique, voire d'une hospitalisation en réanimation (renutrition de patients avec IMC particulièrement bas).

L'approche nutritionnelle vise ensuite (Phase 2) à assurer la **rééducation nutritionnelle et diététique**, c'est-à-dire l'obtention d'une alimentation qualitativement et quantitativement correcte et des comportements adaptés. Cette phase doit permettre la réintroduction d'une souplesse dans l'alimentation et de retrouver son caractère hédonique et sociable.

Sur le plan pondéral, l'objectif doit toujours être **progressif et discuté** avec le patient. Initialement, celui-ci peut être limité à l'arrêt de la perte pondérale. L'objectif pondéral est déterminé en fonction de l'âge, des antécédents pondéraux et du poids permettant de restaurer le fonctionnement de l'axe hypothalamo hypophysaire. En phase de reprise, un gain de 1 kg par mois en ambulatoire est un objectif acceptable. La surveillance du bilan hydroélectrolytique, dont la phosphorémie, est recommandée en début de reprise.

2.5.8. Prise en charge à moyen et long terme

L'hospitalisation ou la renutrition initiale ne sont que la première étape de la prise en charge. Il convient de prêter une attention toute particulière au suivi des patients souffrant d'anorexie mentale. Le contrôle du poids, de l'état nutritif, de l'état clinique doit être régulier et prolongé. Ce suivi vise à **prévenir et dépister la rechute**, mais aussi à repérer l'apparition de **complications dépressives** ou **anxieuses** (souvent secondaire à la reprise pondérale).

La mise en place d'un étayage non médical peut aussi être très utile : association de malades ou de familles de malades, groupe de soutien...

3. BOULIMIE (OU BOULIMIA NERVOSA)

3.1. Épidémiologie

Concernant la boulimie, sa prévalence sur la vie est estimée autour de 1-1,5 %.

Le sex-ratio est de 1/3 (prévalence de 1,5 % chez les femmes contre 0,5 % chez les hommes).

L'incidence de la boulimie est la plus forte dans la tranche d'âge 10-19 ans et serait environ 2,5 fois plus importante en zone urbaine qu'en zone rurale.

Les patients souffrant de boulimie consultent peu (seulement 12 % en parleraient à un médecin généraliste et la moitié aurait recours à un psychiatre).

3.2. Sémiologie psychiatrique

Critères DSM-5	
	<ul style="list-style-type: none"> * Survenue d'épisodes récurrents d'hyperphagie incontrôlée. C'est-à-dire : <ul style="list-style-type: none"> - absorptions alimentaires largement supérieures à la moyenne et en peu de temps (par ex. moins de 2 h), - associées à une impression de perdre le contrôle des quantités ingérées ou de la possibilité de s'arrêter. * Mise en œuvre de comportements compensatoires visant à éviter la prise de poids (vomissements provoqués, prises de laxatifs ou de diurétiques, jeûnes, exercice excessif). * Avec une fréquence moyenne d'au moins 1 fois par semaine durant au moins 3 mois. * L'estime de soi est perturbée de manière excessive par la forme du corps et le poids. * Le trouble ne survient pas exclusivement au cours d'une période d'anorexie mentale.
Éléments cliniques	
Début	<ul style="list-style-type: none"> * Surtout chez la femme jeune de bon niveau intellectuel et/ou social. * Débute souvent dans les suites d'un régime restrictif et/ou à la suite de vomissements. * Peut aussi débiter secondairement à un traumatisme ou une perte.

<p>La crise de boulimie</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Débute par un phénomène de « craving », c'est-à-dire une compulsion irréprouvable et angoissante de faim. * Ce qui conduit à l'absorption d'une quantité anormalement élevée et rapide, très difficile à contrôler. * Les aliments consommés sont principalement hypercaloriques (gras et sucrés), mais tous types d'aliments peuvent être consommés. * Le patient termine le plus souvent sa crise par un vomissement provoqué avec sensation de soulagement (lutte contre la prise de poids, et pesanteur gastrique) auquel s'associe souvent une fatigue intense avec somnolence. * Il existe, parfois dès le début de la crise ou même avant, un sentiment intense et douloureux de culpabilité. * Le patient a conscience de son trouble et en souffre.
<p>Stratégies de contrôle du poids</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Vomissements provoqués : la plus fréquente des stratégies de contrôle, non systématique. Ils sont généralement cachés et en lien avec la peur de la prise de poids dans les suites des crises. * Consommations de laxatifs pouvant aboutir à des troubles fonctionnels digestifs et une hypokaliémie. * Prises de diurétiques. * Restriction alimentaire « inter-crise », visant à compenser les apports caloriques des crises (mais attention, la boulimie est à poids normal !). * On observe très souvent des fluctuations pondérales rapides de l'ordre de 2 à 5 kg par semaine.
<p>Distorsions cognitives</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Trouble de l'image du corps avec préoccupations concernant le poids et les formes corporelles. * Envahissement et peur excessive de prendre du poids. * Phénomène de renforcement négatif lié à la culpabilité.
<p>Dysménorrhée</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Dysménorrhée secondaire ou troubles des cycles menstruels possibles, même si la patiente est normopondérée. Peuvent exceptionnellement être observées une aménorrhée secondaire et une ostéoporose.
<p>Traits associés</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Symptômes anxio-dépressifs, voire comorbidités avec un trouble anxieux généralisé ou un épisode dépressif caractérisé. * Les tentatives de suicide sont fréquentes. * Possible association avec des troubles addictifs et des troubles du contrôle des impulsions (auto-mutilations, kleptomanie...). * Trouble de la personnalité de type borderline. * Forte impulsivité et difficultés dans la gestion des émotions. * Dysfonction sexuelle.
<p>Retentissement</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Syndrome pseudo-occlusif. * Hypertrophie des glandes salivaires, érosions dentaires, œsophagites peptiques et syndrome de Malory Weiss. * Prise de poids (voire exceptionnellement obésité). * Mauvais états nutritionnels, voire dénutrition. * Ostéoporose, notamment si aménorrhée. * Ingestion de corps étrangers au cours des vomissements provoqués. * Troubles hydroélectrolytiques (hyponatrémie, hypokaliémie, hypocalcémie). * Insuffisance rénale fonctionnelle et œdème, surtout associés aux vomissements.

3.3. Diagnostics différentiels et comorbidités

3.3.1. Diagnostics différentiels

- * Certaines **tumeurs cérébrales** et formes **d'épilepsies** ;
- * **syndrome de Klein Levin** (associant hypersomnie périodique et hyperphagie) ;
- * **syndrome de Klüver-Bucy** (agnosie visuelle, hyperoralité, hypersexualité et hyperphagie) ;
- * épisode dépressif **caractérisé** ;
- * trouble de la personnalité de type **borderline** (fréquemment comorbide) ;
- * **hyperphagie boulimique** (ou Binge Eating Disorder, BED), qui souffre aussi d'épisode de frénésie alimentaire, **mais sans comportement compensateur, d'où l'association systématique avec une obésité** ;
- * **anorexie mentale** de type **accès hyperphagiques/purgatif**.

3.3.2. Comorbidités et risques suicidaires

- * **Troubles addictifs** dans 30 à 40 % des cas (alcool, tabac, médicaments anxiolytiques) ;
- * épisode dépressif **caractérisé**, très fréquent, et **trouble bipolaire**, plus rarement ;
- * personnalité **borderline ou état limite** (avec comportements auto-agressifs et tentatives de suicide) ;
- * **troubles anxieux** et **phobie sociale**.

3.4. Le pronostic et l'évolution

Il semblerait que son évolution soit **plus rapidement résolutive** que l'anorexie mentale.

Au long cours et avec une prise en charge adaptée, un taux de **rémission** à 12 ans de **70 %** a pu être observé.

Le taux de **mortalité** est estimé à **2 %** par tranche de 10 ans.

3.5. Prise en charge de la boulimie

3.5.1. Intérêt de la prise en charge précoce

Le dépistage et la prise en charge précoces de la boulimie sont difficiles. En effet ce trouble est souvent caché et il existe un **retard diagnostique important**.

Le patient peut souvent consulter pour une dysménorrhée, pour un désir de perte de poids (alors qu'il est de poids normal), pour des troubles du sommeil, ou pour instabilité de l'humeur.

Il est indispensable d'offrir un **cadre d'écoute empathique**. L'utilisation de questions ouvertes concernant la nourriture et le poids peut offrir l'occasion au patient d'exprimer ses symptômes.

3.5.2. Principes et objectifs de la prise en charge

Les principes et objectifs de la prise en charge de la boulimie ont des points communs avec ceux de l'anorexie mentale :

- * fondée idéalement sur le **couple psychiatre/non-psychiatre** ;
- * en premier lieu **ambulatoire**, si critère de gravité ou échec : hospitalisation, de jour ou temps plein ;
- * la prise en charge doit être prolongée et associée à des **évaluations régulières**. Si possible, elle doit **associer les proches**.

Les prises en charge psychothérapeutiques validées pour la boulimie sont plus nombreuses et mieux validées (cf. infra).

Les objectifs comportementaux et psychothérapeutiques doivent être définis **individuellement** pour chaque patient.

3.5.3. Bilan clinique et paraclinique

Anamnesticque	<ul style="list-style-type: none"> * Antécédents médicaux. * Histoire pondérale, fréquence et intensité des fluctuations. * Évaluation quantitative et qualitative des crises (carnet alimentaire). * Recherche des comportements compensatoires associés. * Comorbidités à rechercher. * Évaluation de l'environnement social et familial.
Clinique	<ul style="list-style-type: none"> * Poids, taille, IMC, courbe de croissance pour enfant et adolescent. * Évaluation du stade pubertaire de Tanner chez l'adolescent. * Fréquence cardiaque, tension artérielle, température. * Signes de déshydratation. * État cutané : cicatrices d'auto-mutilations, œdèmes... * Recherche d'une hypertrophie parotidienne, état buccodentaire... * État thymique, risque suicidaire, comorbidités avec les troubles addictifs...
Biologique	<ul style="list-style-type: none"> * NFS, Plaquette, TP, TCA. * Ionogramme complet, urée, créatinine, clairance de la créatinine. * Calcémie, phosphorémie, 25OH-D3. * Bilan hépatique : ALAT, ASAT, PAL et TP. * Protidémie, albumine, préalbumine. * CRP. * TSH, à discuter si doute sur une hyperthyroïdie. * Recherche de toxiques sang et urines au moindre doute.
Paraclinique	<ul style="list-style-type: none"> * Électrocardiogramme (trouble du rythme, signe d'hypokaliémie sévère, QT long). * Ostéodensitométrie osseuse. * Imagerie cérébrale à discuter.

3.5.4. Quand hospitaliser ?

Les critères d'hospitalisation dans le cadre la boulimie ne sont pas aussi clairement définis que dans l'anorexie.

Anamnestiques	<ul style="list-style-type: none"> * Modification brutale du poids ou cassure de la courbe de croissance. * Sévérité des crises et fréquence élevée (> 8/sem). * Échec de la stratégie ambulatoire. * Conduite compensatoire mettant en danger la vie du patient.
Cliniques	<ul style="list-style-type: none"> * État de mal boulimique. * Signes cliniques de dénutrition. * Hypotension artérielle ou trouble du rythme cardiaque. * Incapacité à contrôler les crises qui deviennent pluriquotidiennes. * Incapacité à contrôler les comportements compensatoires (activité physique ou vomissements).
Paracliniques	<ul style="list-style-type: none"> * Anomalies de l'EKG. * Atteinte hépatique sévère. * Troubles hydroélectrolytiques ou métaboliques sévères. * Insuffisance rénale et déshydratation.

Risque suicidaire	<ul style="list-style-type: none"> * Tentative de suicide ou projet suicidaire explicite. * Automutilations répétées.
Comorbidités	<ul style="list-style-type: none"> * Peuvent à elles seules justifier l'hospitalisation si sévère : <ul style="list-style-type: none"> - dépression, - abus de substances et trouble des conduites, - anxiété sévère, - symptômes psychotiques.
Critères environnementaux et sociaux	
Disponibilité de l'entourage	<ul style="list-style-type: none"> - Problèmes familiaux ou absence de famille. - Épuisement de l'entourage.
Stress environnemental	<ul style="list-style-type: none"> - Critiques environnementales élevées. - Isolement social sévère.

3.5.5. Aspect psychothérapeutique de la prise en charge

Les objectifs et aspects de la prise en charge sont les mêmes que dans l'anorexie avec en plus le repérage des signes annonciateurs de la crise et les techniques pour y remédier (désamorçage).

Les psychothérapies envisageables sont :

- * la **thérapie cognitive comportementale** (TCC), qui a démontré son efficacité, bien que partielle (30-40 % de rémission), dans ce trouble. L'utilisation des **observations comportementales** (carnet alimentaire) et des **crises induites** sont utiles dans cette prise en charge ;
- * l'éducation thérapeutique et l'affirmation de soi ;
- * les autres approches comme les **entretiens motivationnels** (surtout en début de prise en charge), la **psychothérapie de soutien**, les **thérapies d'inspiration psychanalytique** et la **thérapie familiale** chez les enfants et les adolescents.

Les programmes d'**auto-assistance** (self-help) regroupent un ensemble d'outils (livres, site internet...) qui vont permettre au patient d'**augmenter ses connaissances** par rapport à son trouble et lui apporter des **compétences** et des **outils** pour diminuer les symptômes voire les faire disparaître. Ces programmes sont bien validés dans la **boulimie** et l'**hyperphagie boulimique**.

Les comorbidités psychiatriques doivent bénéficier d'un traitement spécifique si besoin.

3.5.6. Prise en charge pharmacologique

Un **traitement par antidépresseur ISRS** (fluoxétine Prozac® à une **dose plus élevée** que dans la dépression) est efficace dans la prise en charge des patients présentant une boulimie. L'association de la fluoxétine à la TCC n'a pas démontré de supériorité par rapport à la TCC seule.

3.5.7. Aspect nutritionnel de la prise en charge

Le patient souffrant de boulimie doit bénéficier d'un **suivi régulier** par un médecin afin de prendre en charge d'éventuelles **complications**, notamment sur le **plan digestif** (œsophagite), **dentaire**, **cardiovasculaire**, **rénal** (hypokaliémie) et **endocrinien** (œstroprogestatifs).

Le travail **diététique** et **nutritionnel** est paradoxalement assez proche de celui effectué dans l'anorexie. Si besoin, il peut commencer par une phase de renutrition. L'approche nutritionnelle vise ensuite à **réapprendre à s'alimenter selon des schémas réguliers** avec une alimentation **diversifiée** et **suffisante**. Il convient aussi de réapprendre la modération alimentaire (pondération). Cette prise en charge doit permettre de retrouver le caractère hédonique et sociable de l'alimentation.

3.6. Prise en charge à moyen et long terme

Le contrôle du poids, de l'état nutritif, de l'état médical général et psychologique doit être **régulier et prolongé**. Ce suivi vise à **prévenir et dépister la rechute**, mais aussi à repérer l'apparition de complications dépressives, anxieuses ou addictologie souvent démasquée ou secondaire après la prise en charge initiale du trouble.

La psychothérapie doit être si possible poursuivie de façon prolongée. En effet le risque de rechute est important et en l'absence de prise en charge des facteurs déclenchants et d'entretiens, la rechute est élevée.

La mise en place d'un étayage non médical peut aussi être utile : association de malades ou de familles de malades, groupe de soutien...

4. ACCÈS HYPERPHAGIQUES OU HYPERPHAGIE BOULIMIQUE (BINGE EATING DISORDER)

4.1. Une « nouvelle » entité

L'hyperphagie boulimique a souvent été considérée **comme une forme de boulimie sans conduite compensatoire**. Ce trouble est devenu dans le DSM-5 une entité **à part entière**. Les études les plus récentes tendent à démontrer l'existence de cette maladie en tant qu'entité particulière, avec une **physiopathologie propre**, et dont certaines composantes sont assez proches des addictions.

4.2. Épidémiologie

Sa prévalence sur la vie entière est estimée autour de 3-5 %. Le sex-ratio est moins déséquilibré que pour les autres TCA (environ 1 homme pour 2 femmes). Selon diverses études, près de **30 à 50 % des personnes souffrant d'obésité** souffriraient également d'hyperphagie boulimique. Les patients souffrant d'hyperphagie boulimique consultent encore moins que dans les autres troubles du comportement alimentaires. Cependant, ces patients consultent plus souvent un généraliste ou un nutritionniste pour les conséquences de leur surpoids : trouble cardiovasculaire, dyslipidémie, DNID, apnée du sommeil... Ces consultations devraient être systématiquement l'objet d'un dépistage de ce trouble.

4.3. Sémiologie psychiatrique

Critère DSM-5	
<p>* Survenue d'épisodes récurrents d'hyperphagie incontrôlée. C'est-à-dire :</p> <ul style="list-style-type: none"> - prises alimentaires largement supérieures à la moyenne, par exemple en moins de 2 h. - associées à une impression de perte de contrôle des quantités ingérées ou de la possibilité de s'arrêter. <p>* Ces épisodes sont associés avec au moins 3 des éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - manger beaucoup plus rapidement que la normale, - manger jusqu'à éprouver une sensation pénible de distension abdominale, - manger de grandes quantités de nourriture en l'absence d'une sensation physique de faim, - manger seul parce que l'on est gêné de la quantité de nourriture que l'on absorbe, - se sentir dégoûté de soi-même, déprimé ou très coupable après avoir mangé. <p>* Détresse marquée en lien avec l'existence de cette hyperphagie.</p> <p>* Les épisodes d'hyperphagie se produisent au moins 1 fois par semaine pendant au moins 3 mois consécutifs.</p> <p>* Le trouble n'est pas associé à l'utilisation récurrente de comportements compensatoires inappropriés comme c'est le cas dans des épisodes de boulimie et ne survient pas exclusivement au cours de la boulimie ou de l'anorexie mentale.</p>	
Éléments cliniques	
Début	<ul style="list-style-type: none"> * Début généralement dans l'enfance. * Traumatisme ou abus sexuel se retrouvent plus souvent dans les antécédents. * Les régimes sont souvent secondaires au début des troubles, à l'inverse de l'anorexie mentale ou de la boulimie.
L'accès hyperphagique	<ul style="list-style-type: none"> * Phénomène de « craving » très important, avec sensation de faim compulsive et irrépressible. * Conscience du trouble avec souffrance psychique importante.
Distorsions cognitives	<ul style="list-style-type: none"> * « Illusion de contrôle », avec comportement rigide d'hypercontrôle, alternant avec des phases de transgression et de compulsions. * Confusion entre les signaux émotionnels, d'anxiété et de faim. * Renforcement négatif lié à la culpabilité.
Traits associés	<ul style="list-style-type: none"> * Symptômes anxio-dépressifs, voire comorbidités avec un trouble anxieux généralisé ou un épisode dépressif caractérisé. * Possible association avec des troubles addictifs et des troubles du contrôle des impulsions (auto-mutilations, kleptomanie...). * Troubles de la personnalité. * Forte impulsivité et difficultés dans la gestion des émotions. * Dysfonction sexuelle.
Retentissement	<ul style="list-style-type: none"> * Troubles digestifs : halitose, reflux gastro-œsophagien, ballonnements et douleurs abdominales, alternance diarrhée-constipation... * Stéatose hépatique. * Répercussions indirectes : il faut systématiquement rechercher et prendre en charge toutes les complications de l'obésité. * Mauvais états nutritionnels, voire dénutrition. * Hypofertilité voire infertilité.

4.4. Diagnostics différentiels et comorbidités

4.4.1. Diagnostics différentiels

Les diagnostics différentiels sont à peu près les mêmes que pour la boulimie :

- * **tumeurs cérébrales**, **épilepsies**, syndrome de Klein Levin et syndrome de Klüver-Bucy, etc. ;
- * **boulimie** ;
- * **obésité** métabolique ou génétique ;
- * **épisode dépressif caractérisé** et troubles bipolaires ;
- * **troubles de la personnalité** de type borderline et évitante-dépendante.

4.4.2. Comorbidités et risques suicidaires

Troubles bipolaires et **épisode dépressif caractérisé**.

Troubles anxieux et **phobie sociale**.

Les **troubles addictifs**, mais moins fréquentes que dans la boulimie.

Le **risque suicidaire** semble plus faible que dans les autres TCA, mais n'est pas nul !

4.5. Prise en charge

Le dépistage et la prise en charge **précoces** sont là aussi des éléments clés du succès de la prise en charge. Au vu de la fréquence du trouble en population obèse, le dépistage devrait être **systématique** chez ces patients.

Les bilans, objectifs et principes de la prise en charge de l'hyperphagie boulimique sont aujourd'hui très proches de ceux de la boulimie.

Les **indications d'hospitalisation sont rares** et sont principalement guidées par les complications de l'obésité.

La prise en charge psychothérapeutique n'a que peu d'influence sur le poids des patients. Il convient donc **d'associer si possible, une prise en charge nutritionnelle** par un spécialiste formé dans la prise en charge des patients souffrant d'obésité.

La prise en charge pharmacologique n'est pas indiquée en première intention.

5. AUTRES TROUBLES DE L'INGESTION D'ALIMENTS

5.1. Pica

Définition : Ingestion répétée de **substances non nutritives** pendant au moins **1 mois** (plâtre, plomb, sable, cailloux, cheveux, papier, plastique...).

Apparaît souvent chez le **jeune enfant** présentant une carence martiale ou en zinc, une négligence, un trouble de l'attachement ou un trouble neurodéveloppemental sévère.

5.2. Mérycisme

Définition : **Régurgitations répétées** de nourritures pendant une période d'**au moins 1 mois**. Les aliments peuvent être remastiqués, ré-avalés ou recrachés. Touche principalement les enfants de 3 mois à 1 an, plus rarement les adultes.

5.3. Restriction ou évitement de l'ingestion d'aliments

Définition : Il s'agit d'un manque d'intérêt pour l'alimentation, un évitement fondé sur les caractéristiques sensorielles de la nourriture (dégoût pour le fait de manger) qui se manifeste par une incapacité persistante à atteindre les besoins vitaux appropriés, associée à une perte de poids, un déficit nutritionnel, la nécessité d'une nutrition entérale par sonde ou compléments alimentaires oraux. Contrairement à l'anorexie, il n'y a pas de perturbation de l'image du corps.



RÉSUMÉ

Les troubles du comportement alimentaires sont à prédominance **féminine** et débutent généralement chez **l'adolescent** et **l'adulte jeune**. Leur origine est **multifactorielle** (génétique, biologique, psychologique, socioculturelle...). Les **comorbidités psychiatriques** sont **nombreuses** et doivent être systématiquement recherchées. **L'ANOREXIE** est caractérisée par la **triade symptomatique** « anorexie, amaigrissement, aménorrhée », quoique ce dernier critère ait disparu des dernières classifications. Plusieurs **stratégies du contrôle du poids** peuvent être associées à la restriction alimentaire (vomissements, laxatifs, diurétiques, hyperactivité physique...). Les répercussions des TCA sont nombreuses et peuvent **mettre en jeu le pronostic vital**. On distingue deux formes : **restrictive pure** et **accès hyperphagique/purgative**. La prise en charge doit être **globale** (psychiatrique et non-psychiatrique) et est souvent **longue**. Elle repose sur le **contrat thérapeutique**, la **renutrition** et la **rééducation nutritionnelle** ainsi que la **psychothérapie**. **La BOULIMIE** se caractérise par la **répétition d'accès hyperphagiques** (absorption en un temps limité d'aliments caloriques, provoquant un sentiment de soulagement puis de culpabilité) avec mise en place de **conduites compensatoires** visant à maintenir un poids normal (vomissements provoqués au décours des frénésies alimentaires). L'évolution serait meilleure que dans l'anorexie mentale. Les autres troubles du comportement alimentaire sont moins connus, mais pour autant relativement fréquents et doivent être **dépistés et pris en charge précocement** (notamment l'hyperphagie boulimie).



RÉFÉRENCES POUR APPROFONDIR

Treasure J., Claudino A.-M., Zucker N., *Eating Disorders*, Lancet. Feb. 2010, 375(9714), p. 583-593. doi : 10.1016/S0140-6736(09)61748-7.

Recommandation HAS pour l'anorexie mentale : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_985715/fr/anorexie-mentale-prise-en-charge

