

TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES (anorexie mentale et boulimie nerveuse) : aspects thérapeutiques

Pr N. Godart

Fondation Santé des étudiants de France (FSEF)
UFR des Sciences de la Santé Simone Veil (UVSQ)
Centre Epidémiologie et Santé Publique (INSERM)

Qu'est ce ?

Ce cours a été élaboré à partir des recommandations HAS-FFAB et du plan de Formation FFAB

Les Troubles des Conduites Alimentaires (TCA)

Anorexie mentale

- + Restriction
- + Perte de poids et/ou poids bas
- +/- Crise de boulimie
- +/- **autres** stratégies de contrôle de poids (Vomissements/laxatifs/diurétiques/exercice physique excessif...)

Boulimie Nerveuse

- + crises de boulimie (crises d'hyperphagie boulimique)
- +/- Restriction ou
- +/- **autres** stratégies de contrôle de poids (Vomissements/laxatifs/diurétiques/exercice physique excessif...)
- + 1 par sem 3 mois

Hyperphagie boulimique

- + crises de boulimie (Crises d'hyperphagie boulimique) douleur avec 3 des éléments
 - Manger beaucoup plus rapidement que la normale.
 - 2. Manger jusqu'à éprouver une sensation pénible de distension abdominale.
 - 3. Manger de grandes quantités de nourriture en l'absence d'une sensation physique de faim.
 - 4. Manger seul parce que l'on est gêné de la quantité de nourriture que l'on absorbe.
 - 5. Se sentir dégoûté de soi-même, déprimé ou très coupable après avoir mangé.
- + souffrance
- +/- Prise de poids importante

Trouble de la perception de l' image du corps influençant l'estime de soi



IMC bas et/ou
perte importante
de poids
0,5-1% JF
H/F=1/10



IMC normale parfois
élevé
Poids stable
1-2% JF
H/F=1/7



IMC élevé et/ou
prise de poids
2-3,5%
H/F=1/2 à 1/4

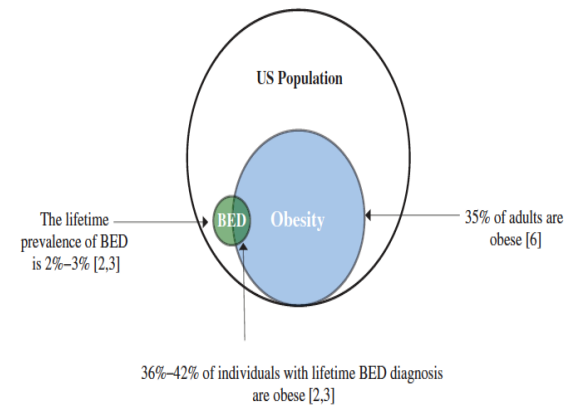
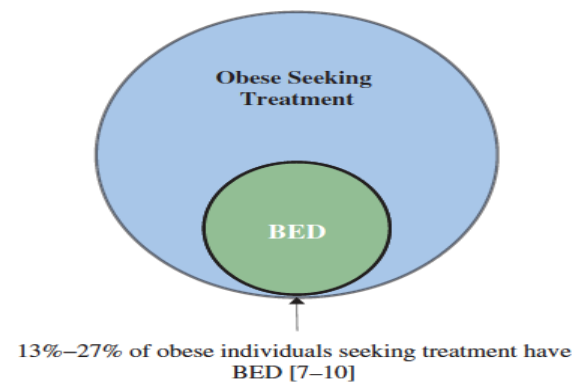
Un trouble pondéral ne signifie pas un TCA

Trouble pondéral

- Dénutrition
- Surpoids
- Obésité

TCA

- Anorexie mentale
- Boulimie
- Hyperphagie
boulimie



**Montano et al 2016 ;
Source Pr Sébastien Guillaume 2019**

Trouble de restriction ou évitement de l'ingestion d'aliments

Feeding disorders avoidant restrictive food intake disorder (ARFID)

- A. Un trouble de l'alimentation ou de l'ingestion d'aliments (p. ex. manque d'intérêt manifeste pour l'alimentation ou la nourriture ; évitement fondé sur les caractéristiques sensorielles de la nourriture ; préoccupation concernant un dégoût pour le fait de manger) qui se manifeste par une incapacité persistante à atteindre les besoins nutritionnels et/ ou énergétiques appropriés, associé à un (ou plusieurs) des éléments suivants:
 - 1. Perte de poids significative (ou incapacité d'atteindre le poids attendu, ou fléchissement de la courbe de croissance chez l'enfant).
 - 2. Déficit nutritionnel significatif.
 - 3. Nécessité d'une nutrition entérale par sonde ou de compléments alimentaires oraux.
 - 4. Altération nette du fonctionnement psychosocial.



Trouble de restriction ou évitement de l'ingestion d'aliments

Feeding disorders avoidant restrictive food intake disorder (ARFID)

B. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un manque de nourriture disponible ou par une pratique culturellement admise.

C. Le comportement alimentaire ne survient pas exclusivement au cours d'une anorexie mentale (*anorexia nervosa*), d'une boulimie (*bulimia nervosa*), et il n'y a pas d'argument en faveur d'une perturbation de l'image du corps (perception du poids ou de la forme).

D. Le trouble de l'alimentation n'est pas dû à une affection médicale concomitante ou n'est pas mieux expliqué par un autre trouble mental. Lorsque le trouble de l'alimentation survient dans le contexte d'un autre trouble ou d'une autre affection, la sévérité du trouble de l'alimentation dépasse ce qui est habituellement observé dans ce contexte et justifie, à elle seule, une prise en charge clinique.

(Peut exister le plus fréquemment dans TSA, TOC, troubles anxieux (Phobie du vomissement))

Repérage

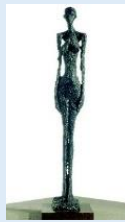
- Tout acteur du système de soins est à même d'effectuer ce repérage.
 - Il est à noter que les personnes atteintes de **TCA consultent plus fréquemment leur médecin généraliste que la population générale** dans les années précédant le diagnostic pour des plaintes somatiques diverses.
- Les TCA étant comorbide avec les troubles dépressifs, anxieux, les addictions et troubles de la personnalité **penser à les rechercher face à ces troubles**
- Les éducateurs, professeurs de sport, le personnel scolaire, les parents, et tout intervenant en milieu de garde présent au moment des repas peuvent aussi participer au repérage.

Messages clés

- Avoir souffert d'un TCA fait courir le risque de souffrir d'une **récidive ou d'une autre forme de trouble des conduites alimentaires au cours de la vie.**
- **Les jeunes (enfants adolescents)** compte-tenu de leur tranche d'âge, sont notamment une population particulièrement touchée par les TCA .
- **Les TCA sont insuffisamment repérées et prises en charge ; leurs formes partielles le sont encore moins fréquemment.**

Les Troubles des Conduites Alimentaires (TCA) Formes complètes ou partielles

**TCA type Anorexie
mentale**
1% à 2,2% des jeunes
femmes
Sex-ratio H/F 1/10



**Complications de
la dénutrition**

Complications
vomissements /conduites
de purge /activité
physique

**Complications
psychiatriques**

**Désinsertion
sociale**

**TCA type Boulimie
Nerveuse**
1 à 3% jeunes Femmes
Sex Ratio H/F 1/7 à 1/10



Complications
vomissements /conduites
de purge/activité
physique

Complications
malnutrition/dénutrition

**Complications
psychiatriques**

**Désinsertion
sociale**

**TCA type Hyperphagie
boulimique**
3% à 5% population
Sex Ratio HF 1/2 à 1/6



**Complications du
surpoids**

**Complications
psychiatriques**

**Désinsertion
sociale**



FFAB

Fédération Française Anorexie Boulimie
French Federation Anorexia Bulimia
(anciennement AFDAS-TCA)

Les Troubles des Conduites Alimentaires (TCA)

Les TCA ont un retentissement majeur sur la santé physique et psychique, surmortalité liée aux troubles métaboliques et somatiques induits et au suicide.

Comment les traiter?

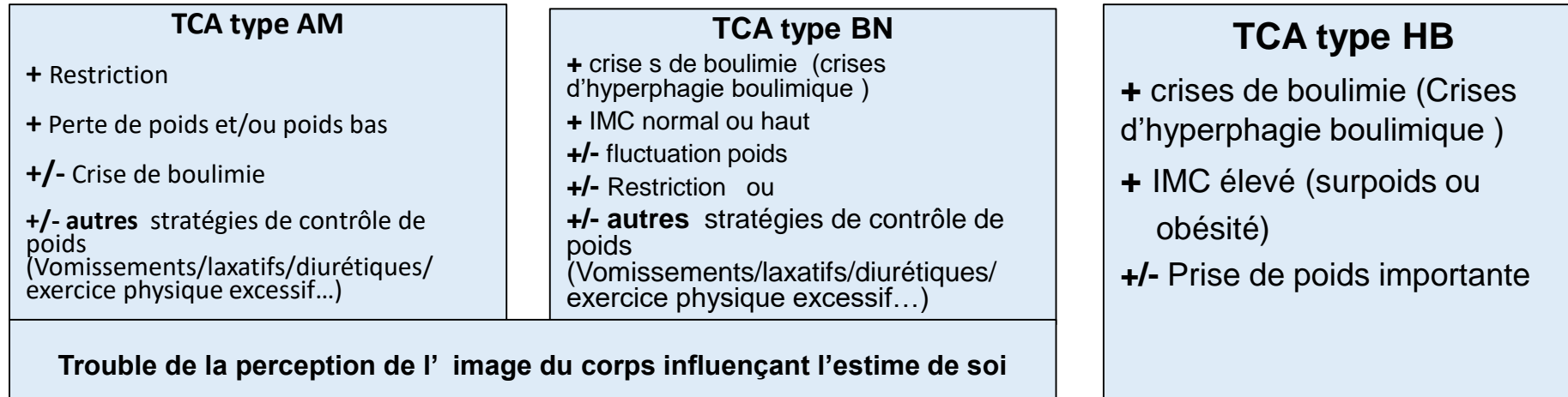
Initiation des soins

- Une **évaluation globale** du patient est nécessaire;
- associant une évaluation
 - somatique,
 - nutritionnelle
 - psychique, incluant aussi la dynamique familiale
 - et sociale
- Cette évaluation permet de déterminer **les signes de gravité**, en particulier ceux justifiant une hospitalisation, **développer plan de soins**
- Elle est à **répéter dans le temps**, au moins mensuellement dans les formes avérées, et d'autant plus fréquemment que l'état du patient est fluctuant ou évolutif.

Initiation des soins

- **Nommer le TCA avec tact** et sans stigmatisation et souligner qu'il est un mode d'adaptation comportementale à un mal-être pré-existant ;
- **Expliquer que ce trouble peut devenir chronique**, avec des conséquences potentiellement graves à court et long terme et nécessite des soins somatiques et psychiques ;
- **Expliquer l'objectif des soins** : les objectifs thérapeutiques larges comprenant une dimension somatique, nutritionnelle, psychologique, sociale et relationnelle.
- Pour l'établissement d'une **alliance thérapeutique** il est prioritaire d'instaurer une relation de qualité entre le praticien, le patient et aussi souvent que possible l'entourage y compris chez les adultes.
- Les **entretiens motivationnels** sont recommandés pour favoriser l'engagement dans les soins, et ce particulièrement dès les phases initiales de la prise en charge.

Conduite à tenir en cas de suspicion d'un TCA



Bilan d'évaluation initial et suivi somatique et nutritionnel (diététiques)

Diagnostic différentiels et Retentissement maigreur/fluctuations pondérales/surpoids / stratégies de contrôle du poids (dont vomissements laxatifs)

Prise en charge somatique et nutritionnelle: renutrition/ équilibre alimentaire/complications



Bilan et suivi psycho-social

Recherche dépression, troubles anxieux, addictions, risque suicidaire, retentissement social
Soins psychologiques individuels et familiaux du TCA, des comorbidités et retentissement social



Suivi pluridisciplinaire et coordonné explicitement par l'un des praticiens

Organisation des soins: le plan de soins

- **Soins pluridisciplinaire** (somatique, psychiatrique, nutritionnel et social), dont les interventions doivent être **coordonnées**.
- **Un des intervenants** de la prise en charge, (le plus expérimenté) , **coordonne le projet** de soins multidisciplinaire et pluriprofessionnel. Ce coordinateur doit être clairement **identifié par le patient et tous les intervenants**.
- Il est recommandé d'être particulièrement vigilant à la **continuité des soins** et en particulier lors de **la transition d'un suivi pédiatrique à un suivi d'adultes**.
- La prise en **charge ambulatoire** est préconisée en première intention **sauf urgence** puis **graduée** en intensité selon les besoins (CATTP, HDJ, hospitalisation...)
- En cas de **risque vital** de nature somatique (dénutrition, hypokaliémie majeure, ..) ou psychiatrique (TCA très invalidant dont état de mal boulimique, risque suicidaire, comorbidité psychiatrique sévère ...) une **hospitalisation est indiquée**.
- L'orientation vers une **équipe spécialisée est souhaitable pour un avis ou une prise en charge, dans la mesure de la disponibilité d'une telle équipe**.

Trois points pour une meilleur efficacité:

- Dépistage précoce
- Soins pluridisciplinaire & adaptés d'emblée
- Travail avec les familles

Stratégie thérapeutique graduée

1- Ambulatoire (Consultation, CATTP, HDJ): le plus souvent

**2- si urgence, échec ambulatoire, chronicisation :
Hospitalisations : en somatique ou psychiatrie (selon
indication et disponibilités locales)**

Objectifs des soins

- Les **modalités de soins varient** en fonction de **l'état de gravité des patients et des objectifs visés**.
- L'organisation des soins doit être clairement **explicitée au patient** et, à tous les stades sa coopération doit être sollicitée.
- Les explications données sur le traitement doivent être présentées de manière appropriée à l'âge du patient et à son niveau de compréhension.
- Les soins incluent :
 - **Traitement psychiatrique**
 - **Traitement somatique**
 - **Traitement nutritionnel**
 - **Accompagnement social**

Objectifs des soins

- Les **objectifs du traitement psychiatrique**, associant approche **psychothérapie et si besoin un traitement psychotrope**, sont de :
 - **renforcer la motivation** à s'impliquer dans le traitement multidisciplinaire, incluant nécessairement des objectifs visant la restauration d'habitudes alimentaires saines ;
 - **réévaluer et amener à changer** les pensées dysfonctionnelles, les attitudes, les motivations, les conflits et les sentiments liés au **trouble des conduites alimentaires** ;
 - traiter les **dysrégulations émotionnelles** et les dimensions associées ;
 - traiter les **comorbidités** psychiatriques ;
 - améliorer le **fonctionnement interpersonnel et social** ;
 - traiter les facteurs favorisant le développement ou le maintien des troubles
 - chez les adolescents et les jeunes adultes, obtenir **le soutien de la famille, proposer une guidance parentale et une thérapie familiale** dans les soins mis en place.

Objectifs des soins

- **Quand envisager la mise en place d'une psychothérapie ?**
- La mise en place d'une psychothérapie en plus du suivi somatique et psychiatrique peut être envisagée :
 - une fois que l'évaluation pluridisciplinaire et le diagnostic de TCA ont été faits
 - après que le patient ait été informé des modalités de mise en œuvre de son projet de soins individualisé
 - à condition que le patient soit disposé à s'engager dans ce type de traitement.
 - Parfois c'est en fait la porte d'entrée qui permet d'accéder aux soins pluridisciplinaires, ce ne peut être l'unique composante des soins . Les psychothérapeutes doivent travailler à la mise en œuvre de soins pluridisciplinaires

Objectifs des soins

- Les **objectifs du traitement somatique** sont de prévenir, dépister et traiter les complications somatiques spécifique du trouble
- Les **objectifs nutritionnels** sont la restauration d'habitudes alimentaires adaptées au besoin des sujets qualitativement et quantitativement.
- La reprise du travail ou le retour à une scolarité normale sont des objectifs majeurs de la prise en charge. Il faudra évaluer et mettre en place **l'accompagnement social** nécessaire, en particulier articuler soins et scolarité pour les adolescents et jeunes adultes.

Objectifs des soins

- Points de vigilance somatiques pour le psychiatre afin de se coordonner :
 - Vomissements
 - Laxatifs et Diurétiques
 - Symptômes digestifs
 - Aspect gynécologiques
 - Aspects dentaires

Vomissements

- En cas de vomissement, informer le patient des conséquences potentiellement graves et de l'accompagner vers un arrêt.
- En cas de vomissements **avec hypokaliémie, il est recommandé dans un premier temps de corriger l'hypokaliémie** selon les recommandations en vigueur et, dans un deuxième temps, de **prescrire une complémentation orale en potassium jusqu'à disparition des vomissements.**
- **Informer le patient de la nécessité de prendre tout médicament per os à distance des vomissements (notamment contraception, potassium, traitement psychotrope, antibiotiques ...).**
- **En cas de RGO et/ou vomissements fréquents prescrire des IPP ;** en tenant compte de la balance bénéfice risque individuelle et en concertation avec le patient. Il est recommandé de réévaluer avec lui régulièrement l'intérêt du maintien de la prescription.
- **Il est recommandé de donner des conseils d'hygiène dentaire**
(voir fiche HAS sur la prise en charge dentaire)

Laxatifs/diurétiques

- Informer les patients que la prise de laxatifs ou diurétiques **ne permet pas de perdre du poids** car elle ne diminue pas significativement l'absorption calorique, et que la prise chronique de ces molécules a des conséquences délétères.
- En cas de prise de ces molécules ou de pratique de lavements, d'informer le patient des effets indésirables
- et de l'accompagner **vers un arrêt, qui doit être progressif** en cas d'utilisation prolongée.

Symptômes digestifs

- **Il est recommandé de rechercher, de ne pas négliger et de prendre en charge les symptômes digestifs hauts et bas.** Ces symptômes sont source de souffrance importante pour les patients et peuvent être un obstacle au retour à un comportement alimentaire normal.
- Il est recommandé d'informer le patient que la majorité des troubles digestifs sont la conséquence de leur troubles des conduites alimentaires et que la prise en charge du trouble des conduites alimentaires va en améliorer la majorité.
- En cas de RGO, il est recommandé de prescrire des IPP et des mesures hygiéno-diététiques.

FICHE OUTIL 6

Troubles des conduites alimentaires

Aspects gynécologiques et obstétricaux

CONTRACEPTION

- Expliquer aux patientes que l'aménorrhée ne protège pas d'un risque de grossesse, et que les contraceptifs oraux doivent se prendre à distance des vomissements.
- En cas de vomissements très fréquents sous contraceptif oral, proposer d'autres méthodes contraceptives (dispositif intra-utérin, implant, patch contraceptif, préservatifs, etc.).

CONDUITES SEXUELLES A RISQUE

- Chez les patients présentant un trouble des conduites alimentaires, en particulier en cas de trouble limite de la personnalité associé, il est recommandé :
 - d'être vigilant quant aux comportements sexuels à risques,
 - d'informer sur les risques associés et leurs méthodes de prévention,
 - d'orienter vers un suivi gynécologique.

Aspect gynéco-obstétricaux

- Être vigilant chez les femmes avec des

DESIR DE GROSSESSE

- Toute femme souffrant de trouble des conduites alimentaires en âge de procréer doit être informée des conséquences des troubles nutritionnels sur sa fertilité (risque d'infertilité) et des risques sur la grossesse (fausses couches, prématurité) et pour le fœtus (hypotrophie et mortalité péri-natale). En cas de désir de grossesse, la patiente doit être conseillée pour augmenter ses chances de grossesse et limiter les risques, en particulier en assurant un apport nutritionnel et un poids adéquat.

AU COURS DE LA GROSSESSE

- Être vigilant chez les femmes avec des antécédents de troubles des conduites alimentaires car la grossesse et le post-partum sont des situations à risque de majoration des troubles, de rechute, de troubles de l'humeur. Rechercher systématiquement la dépression pendant la grossesse et le post-partum car le risque est majoré.
- Chez les femmes avec un trouble des conduites alimentaires connu, il est important d'assurer un suivi régulier, attentif et personnalisé.
- Poursuivre le suivi multidisciplinaire pour les troubles des conduites alimentaires après l'accouchement avec une attention particulière à la relation mère-enfant (alimentation et interactions).

Diabète

- **Rechercher systématiquement des troubles des conduites alimentaires en cas de variations importantes de l'HbA1c ou du poids.** Il existe des questionnaires de dépistage des troubles des conduites alimentaires adaptés aux sujets atteints de diabète de type 1 (type DEPS-R, m-EDI, m-SCOFF).
- Informer les patients diabétiques souffrant de troubles des conduites alimentaires du risque accru de déséquilibre glycémique aigu et chronique et de ses conséquences, qui justifient un suivi très régulier et une vigilance accrue.
- **En cas de trouble des conduites alimentaires chez un patient diabétique, il est recommandé un suivi multidisciplinaire coordonné associant diabétologue et spécialistes du trouble des conduites alimentaires sur le plan somatique et psychiatrique.**
- **En cas de trouble des conduites alimentaires chez un patient diabétique, il est recommandé de rechercher le mésusage d'insuline (diminution volontaire des doses d'insuline dans un objectif de contrôle du poids).**
- **Pour plus de détails:** Godart N, Hanachi M, Guillaume Sébastien, Perturbations des conduites alimentaires, adolescence et diabète : quand penser à un trouble des conduites alimentaires et que faire ? [Diabète & Obésité N° 104 – Janvier 2017](#)

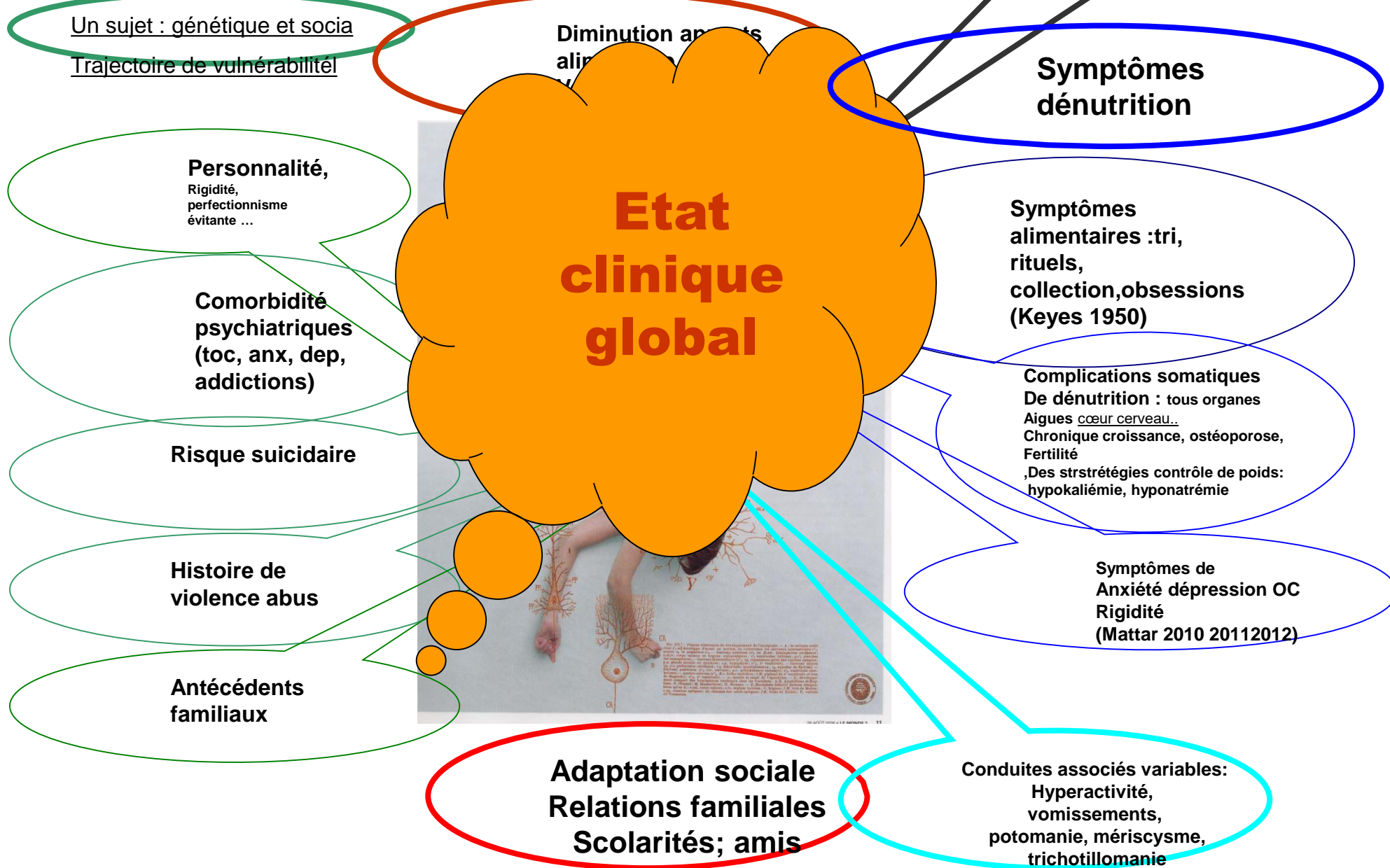
Dentaire

- **nécessité de prévenir les complications par des gestes simples :**
 - Informer sur l'alimentation, les modes d'ingestion (fréquence des apports, horaires...) et l'hygiène bucco-dentaire.
 - recommander un brossage matin et soir 2 minutes
 - Informer des risques du brossage compulsif, excessif en intensité et fréquence
 - Informer sur le risque d'acidité lié à certains aliments : agrumes, tomates, pommes vertes, condiments vinaigrés (ex : alimentation exclusivement végétarienne)
- **Précautions à formuler en cas de vomissements**
 - Ne pas se brosser les dents immédiatement après les vomissements
 - Se rincer la bouche à l'eau plate après un épisode de vomissements.
- **Informé le patient des effets secondaires sialoprives de certains médicaments et substances (antidépresseurs, neuroleptiques, cannabis, etc.)**
- **Informé le patient des méthodes pour réduire hyposialorrhée**
 - Stimuler la sécrétion salivaire en utilisant des gommes à mâcher (sans sucre et avec modération)
 - Favoriser l'hydratation par de l'eau plate par petite quantité et fréquemment.
 - Eviter les boissons gazeuses, acides et sucrées : sodas (avec ou sans sucre), eaux gazeuses, boissons énergétiques. En cas de consommation importante de boisson acide, recommander l'usage d'une paille.

FOCUS ANOREXIE MENTALE

aspects thérapeutiques

Clinique avérée de Age, durée évolution, intensité symptômes AM



Approches Thérapeutiques

1- Ambulatoire (Consultation, CATTP, HDJ): le plus souvent

2- si urgence, échec ambulatoire, chronicisation ou Hospitalisations : en somatique ou psychiatrie (selon cas et disponibilités locales)

{ IMC bas
Et/ou Amaigrissement rapide
Trouble psy / suicide/crise familiale

Objectifs des soins

- Les modalités de soins varient en fonction de l'état de gravité des patients et des objectifs visés.
- L'organisation des soins doit être clairement explicitée au patient et, à tous les stades sa coopération doit être sollicitée.
- Les explications données sur le traitement doivent être présentées de manière appropriée à l'âge du patient et à son niveau de compréhension.
- Les soins incluent :
 - **Traitement psychologique**
 - **Traitement somatique**
 - **Traitement nutritionnel**
 - **Accompagnement social**

Avec le partenariat méthodologique et le soutien financier de la



Avec le partenariat de



Avec la participation de



RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE

Anorexie mentale : prise en charge

ARGUMENTAIRE

Juin 2010



SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE

Anorexie mentale : prise en charge

3 - Critères d'hospitalisation à temps plein

Juin 2010

- L'indication d'hospitalisation ne repose pas sur un seul critère, mais sur leur association et leur évolutivité.
- L'hospitalisation sous contrainte ne doit être utilisée que lorsque le risque vital est engagé et que des soins consentis sont impossibles.

Critères somatiques d'hospitalisation

Chez l'enfant et l'adolescent	
Anamnesticques	<ul style="list-style-type: none"> Perle de poids rapide : plus de 2 kg/mois Refus de manger : anorexie totale Refus de boire Lipodémie ou malaises d'allure orthostatique Fatigabilité voire épuisement évoqué par le patient
Cliniques	<ul style="list-style-type: none"> IMC < 14 kg/m² au-delà de 17 ans, ou IMC < 13,2 kg/m² à 15 et 16 ans, ou IMC < 12,7 kg/m² à 13 et 14 ans Ralentissement ideique et verbal, confusion Syndrôme oculéal Bradycardie atriennes : pouls < 40/min quel que soit le moment de la journée Tachycardie Pression artérielle systolique basse (< 80 mmHg) PA < 60/60 mmHg, hypertension orthostatique marquée par une augmentation de la fréquence cardiaque > 20/min ou diminution de la PA < 10-20 mmHg Hypohémie < 35,5°C Hypothermie
Paracliniques	<ul style="list-style-type: none"> Acétonurie (bandelette urinaire), hypoglycémie < 0,8 g/l Troubles hydroélectrolytiques ou métaboliques sévères, en particulier : hypokaliémie, hyponatrémie, hypophosphorémie, hypomagnésémie (seule non précisée chez l'enfant et l'adolescent) Élévation de la créatinine (> 100 µmol/L) Cytolyse (> 4 x N) Leucocytose (> 1 000/mm³) Thrombopénie (< 80 000/mm³)
Chez l'adulte	
Anamnesticques	<ul style="list-style-type: none"> Importance et vitesse de l'amaigrissement : perte de 20 % du poids en 3 mois Malaises étoués chutes ou pertes de conscience Vomissements incoercibles Échec de la réanimation ambulatoire
Cliniques	<ul style="list-style-type: none"> Signes cliniques de déshydratation IMC < 14 kg/m² Amytropie importante avec hypotension axiale Hypothermie < 35 °C Hypotension artérielle < 90/60 mmHg Fréquence cardiaque : <ul style="list-style-type: none"> > bradycardie sinusale FC < 40/min > tachycardie de repos < 60/min et IMC < 13 kg/m²



SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE

Anorexie mentale : prise en charge

1. Repérage

Juin 2010

Messages clés

- L'anorexie mentale est un trouble du comportement alimentaire (TCA) d'origine multifactorielle : facteurs personnels et facteurs d'environnement. Elle se caractérise par la gravité potentielle de son pronostic : risque de décès et complications somatiques et psychiques nombreux.
- Le repérage de l'anorexie mentale doit être précoce et ciblé.

REPERAGE PRECOCE ET CIBLE

- L'intérêt du repérage et de la prise en charge précoces est de :
 - prévenir le risque d'évolution vers une forme chronique et les complications somatiques, psychiatriques ou psychosociales ;
 - permettre une information sur l'anorexie mentale et ses conséquences et faciliter l'instauration d'une véritable alliance thérapeutique avec le patient et ses proches.
- Ce repérage doit être ciblé :
 - sur les populations à risque : adolescents, jeunes femmes, mannequins, danseurs et sportifs, notamment de niveau de compétition, et sujets atteints de pathologies impliquant des régimes tels que le diabète de type 1, l'hypercholestérolémie familiale, etc. ;
 - lors de la présence de signa(s) d'appel (cf. tableau infra).

MODALITES DU REPERAGE CIBLE

Questions à poser :

- une ou deux questions sur l'existence de TCA telles que : « avez-vous ou avez-vous eu un problème avec votre poids ou votre alimentation ? » ou « est-ce que quelque un de votre entourage pense que vous avez un problème avec l'alimentation ? » ;
- ou le questionnaire DFCA (définition française des troubles du comportement alimentaire), où 2 réponses positives sont fortement prédictives d'un TCA :
 1. Vous faites-vous vomir parce que vous vous sentez mal d'avoir trop mangé ?
 2. Vous inquiétez-vous d'avoir perdu le contrôle de ce que vous mangez ?
 3. Avez-vous récemment perdu plus de 6 kg en 3 mois ?
 4. Pensez-vous que vous êtes gros(se) alors que d'autres vous trouvent trop mince ?
 5. Dites-vous que la nourriture domine votre vie ?

1. L'alliance thérapeutique se construit patiemment avec le patient et sa famille, par une attitude empathique, authentique, chérisseuse et professionnelle.

Document d'information

L'anorexie mentale, et si ça me concernait ?

Juin 2010

Avec le partenariat méthodologique et le soutien financier de la



Avec le partenariat de



SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE

Anorexie mentale : prise en charge

2. Premiers soins spécialisés et filières de prise en charge

Juin 2010

Différents niveaux de soins

- Selon les moments et la gravité, les prises en charge peuvent se dérouler au travers de soins ambulatoires plus ou moins intenses et/ou hospitalisation.
- Il est recommandé que toute prise en charge soit initialement ambulatoire, sauf en cas d'urgence somatique ou psychiatrique.
- Il est recommandé de veiller à la cohérence et à la continuité de ces soins dans la durée entre les différents étapes de la prise en charge et entre les différents intervenants. En particulier, il est recommandé en cas d'hospitalisation que :
 - les soins hospitaliers soient relayés par des soins ambulatoires, soit séquentiels, soit un hôpital de jour, soit en consultation au minimum, car les patients ne sortent pas guéris ;
 - l'équipe soignante de l'hospitalisation mette en place les soins ambulatoires antérieurs ou organise un nouveau suivi pluridisciplinaire. Pour cela des échanges pluriprofessionnels doivent être réalisés au cours de l'hospitalisation, des réunions de synthèse entre les partenaires d'amont et d'aval sont indispensables et l'emot rapide du compte rendu d'hospitalisation est nécessaire. Le patient et son entourage doivent être associés à l'organisation des soins.

MULTIDISCIPLINARITÉ DE LA PRISE EN CHARGE AMBULATOIRE

Intervenants

- Le professionnel de premier recours organise les soins ambulatoires multidisciplinaires une fois le diagnostic posé, dans le respect de l'alliance thérapeutique¹.
- Il est recommandé que les soins soient assurés par une équipe d'au moins deux soignants dont la socle commun est :
 - un psychiatre ou pédopsychiatre ou psychologue du fait de la souffrance psychique et des fréquentes comorbidités psychiatriques ;
 - un somaticien, qui peut être le médecin de premier recours (médecin généraliste ou pédiatre) s'il est prêt à assumer les exigences.

1. L'alliance thérapeutique se construit patiemment avec le patient et sa famille, par une attitude empathique, authentique, chérisseuse et professionnelle.

Document d'information destiné aux familles et aux patients

Anorexie mentale : prise en charge

Juin 2010

Avec le partenariat méthodologique et le soutien financier de la



Avec le partenariat de



SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE

Anorexie mentale : prise en charge

1. Repérage

Juin 2010

Messages clés

- L'anorexie mentale est un trouble du comportement alimentaire (TCA) d'origine multifactorielle : facteurs personnels et facteurs d'environnement. Elle se caractérise par la gravité potentielle de son pronostic : risque de décès et complications somatiques et psychiques nombreuses.
- Le repérage de l'anorexie mentale doit être précoce et ciblé.

REPÉRAGE PRÉCOCE ET CIBLÉ

- L'intérêt du repérage et de la prise en charge précoces est de :
 - prévenir le risque d'évolution vers une forme chronique et les complications somatiques, psychiatriques ou psychosociales ;
 - permettre une information sur l'anorexie mentale et ses conséquences et faciliter l'instauration d'une véritable alliance thérapeutique¹ avec le patient et ses proches.
- Ce repérage doit être ciblé :
 - sur les populations à risque : adolescentes, jeunes femmes, mannequins, danseurs et sportifs, notamment de niveau de compétition, et sujets atteints de pathologies impliquant des régimes telles que le diabète de type 1, l'hypercholestérolémie familiale, etc. ;
 - lors de la présence de signe(s) d'appel (cf. tableau infra).

MODALITÉS DU REPÉRAGE CIBLÉ

Questions à poser :

- une ou deux questions sur l'existence de TCA telles que : « avez-vous ou avez-vous eu un problème avec votre poids ou votre alimentation ? » ou « est-ce que quelqu'un de votre entourage pense que vous avez un problème avec l'alimentation ? » ;
- ou le questionnaire DFTCA (définition française des troubles du comportement alimentaire), où 2 réponses positives sont fortement prédictives d'un TCA :
 1. Vous faîtes-vous vomir parce que vous vous sentez mal d'avoir trop mangé ?
 2. Vous inquiétez-vous d'avoir perdu le contrôle de ce que vous mangez ?
 3. Avez-vous récemment perdu plus de 6 kg en 3 mois ?
 4. Pensez-vous que vous êtes gros(se) alors que d'autres vous trouvent trop mince ?
 5. Diriez-vous que la nourriture domine votre vie ?

1. L'alliance thérapeutique se construit patiemment avec le patient et sa famille, par une attitude empathique, authentique, chaleureuse et professionnelle.

Suivi des paramètres anthropométriques :

- suivre systématiquement les courbes de croissance en taille, poids et corpulence chez les enfants et adolescents pour identifier toute cassure des courbes et calculer leur indice de masse corporelle (IMC = poids (kg) / taille² (m²)) ;
- calculer et suivre l'IMC chez les adultes.

Signes évocateurs d'une anorexie mentale

<p>Chez l'enfant (en l'absence de critères spécifiques et dès l'âge de 8 ans)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ralentissement de la croissance staturale • Changement de couloir, vers le bas, lors du suivi de la courbe de corpulence (courbe de l'indice de masse corporelle) • Nausées ou douleurs abdominales répétées
<p>Chez l'adolescent (autre les changements de couloir sur la courbe de croissance staturale ou la courbe de corpulence)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Adolescent amené par ses parents pour un problème de poids, d'alimentation ou d'anorexie • Adolescent ayant un retard pubertaire • Adolescente ayant une aménorrhée (primaire ou secondaire) ou des cycles irréguliers (spanioménorrhée) plus de 2 ans après ses premières règles • Hyperactivité physique • Hyperinvestissement intellectuel
<p>Chez l'adulte</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Perte de poids > 15 % • IMC < 18,5 kg/m² • Refus de prendre du poids malgré un IMC faible • Femme ayant une aménorrhée secondaire • Homme ayant une baisse marquée de la libido et de l'érection • Hyperactivité physique • Hyperinvestissement intellectuel • Infertilité

Chez les adolescents et jeunes adultes il est recommandé de faire une consultation en deux temps, permettant de voir l'enfant/adolescent à la fois avec et sans ses parents (ou accompagnants).

REPÉRAGE PRÉCOCE ET CIBLÉ

- L'intérêt du repérage et de la prise en charge précoces est de :

RESEARCH ARTICLE

Open Access

Influence of premorbid BMI on clinical characteristics at presentation of adolescent girls with eating disorders



Ingemar Swenne

Abstract

Background: Considering the prevalence of obesity in society it can be expected that some adolescents with an eating disorder (ED) start weight loss from an overweight and present at a near-normal weight. Presently, the influence of premorbid BMI on clinical characteristics of adolescent girls presenting with an ED has been studied.

Method: Premorbid growth charts were available for 275 postmenarcheal adolescent girls presenting with an ED (anorexia nervosa = 27, (subthreshold) bulimia nervosa = 9, restrictive EDNOS = 239). Initial assessment included measurement of weight and length, physical examination, blood sampling and administration of the Eating Disorder Examination-Questionnaire youth version (EDE-Q).

Results: Despite greater weight loss girls with a high premorbid body mass index (BMI) had a higher BMI at presentation compared to those with a lower premorbid BMI. Although not underweight some presented with clinical and laboratory signs of starvation. These signs were related to not only low BMI but also to rapid and large weight loss. Their EDE-Q scores did not differ from those of girls who presented with an underweight.

Conclusion: Girls with a restrictive ED and premorbid overweight may present with a near-normal BMI. They can nevertheless be medically compromised and have eating disturbed cognitions at the level of underweight girls. They should not be regarded as having a less severe ED but merit full assessment and a start of treatment.

Keywords: Eating disorder, Adolescent, Premorbid weight, Overweight, Obesity

- Attention : de TCA typ

somatiques,

et faciliter proches.

danseurs et s impliquant e, etc. ;

poids (forme

SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE

Anorexie mentale : prise en charge

2. Premiers soins spécialisés
et filières de prise en charge

Juin 2010

Différents niveaux de soins

- Selon les moments et la gravité, les prises en charge peuvent se dérouler au travers de soins ambulatoires plus ou moins intensifs et/ou en hospitalisation.
- Il est recommandé que toute prise en charge soit initialement ambulatoire, sauf en cas d'urgence somatique ou psychiatrique.
- Il est recommandé de veiller à la cohérence et à la continuité de ces soins dans la durée entre les différentes étapes de la prise en charge et entre les différents intervenants. En particulier, il est recommandé en cas d'hospitalisation que :
 - les soins hospitaliers soient relayés par des soins ambulatoires, soit séquentiels, soit en hôpital de jour, soit en consultation au minimum, car les patients ne sortent pas guéris ;
 - l'équipe soignante de l'hospitalisation remette en place les soins ambulatoires antérieurs ou organise un nouveau suivi pluridisciplinaire. Pour cela des échanges téléphoniques doivent être réalisés au cours de l'hospitalisation, des réunions de synthèse entre les partenaires d'amont et d'aval sont indispensables et l'envoi rapide du compte rendu d'hospitalisation est nécessaire. Le patient et son entourage doivent être associés à l'organisation des soins.

MULTIDISCIPLINARITÉ DE LA PRISE EN CHARGE AMBULATOIRE

Intervenants

- Le professionnel de premier recours organise les soins ambulatoires multidisciplinaires une fois le diagnostic posé, dans le respect de l'alliance thérapeutique¹.
- Il est recommandé que les soins soient assurés par une équipe d'au moins deux soignants dont le socle commun est :
 - un psychiatre ou pédopsychiatre ou psychologue du fait de la souffrance psychique et des fréquentes comorbidités psychiatriques ;
 - un somaticien, qui peut être le médecin de premier recours (médecin généraliste ou pédiatre) s'il est prêt à en assumer les exigences.

1. L'alliance thérapeutique se construit patiemment avec le patient et sa famille, par une attitude empathique, authentique, chaleureuse et professionnelle.

Organisation de la prise en charge multidisciplinaire

- La coordination des soins est assurée par un médecin coordinateur dont le choix au sein de l'équipe de soignants est à déterminer en fonction :
 - de la situation du patient (âge du patient, évolution et sévérité de la maladie, parcours de soins, choix du patient) ;
 - de l'intervenant de l'équipe multidisciplinaire qui a la plus grande expérience et la plus grande disponibilité.

ÉVALUATION DE LA GRAVITÉ

- Une évaluation globale du patient est recommandée, associant une évaluation somatique, nutritionnelle et psychique, incluant aussi la dynamique familiale et sociale. Cette évaluation permet de déterminer les signes de gravité, en particulier ceux justifiant une hospitalisation. Elle est à répéter dans le temps, au moins mensuellement dans les formes avérées, et d'autant plus fréquemment que l'état du patient est fluctuant ou évolutif.

PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE

Objectif pondéral

- Il est recommandé de discuter avec le patient de l'objectif de poids à atteindre, progressivement, afin de le rassurer. Cet objectif pondéral est déterminé en fonction de l'âge, des antécédents pondéraux et du poids permettant de restaurer les menstruations et l'ovulation pour les femmes. Pour la plupart des patients, un arrêt de la perte de poids est le premier objectif avant d'envisager un gain de poids. Dans la phase de reprise, un gain de 1 kg par mois en ambulatoire semble un objectif mesuré et acceptable.
- En début de renutrition, une surveillance du bilan hydroélectrolytique, dont la phosphorémie, est recommandée (potentielles complications cardio-vasculaires).

Objectifs des interventions psychologiques

- Les objectifs des soins psychologiques sont individuels et familiaux. Le choix de la psychothérapie est fait en fonction du patient, voire de son entourage, de son âge, de sa motivation et du stade d'évolution de la maladie.
- Les formes de psychothérapie (individuelle, familiale ou de groupe) les plus usuelles sont les thérapies de soutien, les psychothérapies psychodynamiques ou d'inspiration analytique, les thérapies comportementales et cognitivo-comportementales (TCC) et les thérapies systémiques et stratégiques. Les thérapies familiales sont recommandées pour les enfants et les adolescents (grade B). Les approches motivationnelles ont montré leur intérêt en début de prise en charge.
- Il est recommandé que la psychothérapie choisie dure au moins 1 an après une amélioration clinique significative. En raison de la dimension de chronicité de l'anorexie mentale, cette prise en charge s'étend souvent sur plusieurs années.



■ Une évaluation globale du patient est recommandée, associant une évaluation somatique, nutritionnelle et psychique, incluant aussi la dynamique familiale et sociale. Cette évaluation permet de délimiter les signes de gravité, en particulier ceux justifiant une hospitalisation. Elle est à répéter dans le temps, au moins mensuellement dans les formes avérées, et d'autant plus fréquemment que l'état du patient est fluctuant ou évolutif.

Dangers aigus:

- Dénutrition majeure (importance de dénutrition depuis le début!)
- Dénutrition rapide (vitesse de dénutrition)
 - Bradycardie trouble du rythme
- Vomissements et laxatifs diurétiques & tr métaboliques:
 - Hypokaliémie
 - Hyponatrémie
 - Hypophosphorémie
- Suicide (dont virage boulimique surtout si dépression) **Voir**
Recommandations HAS boulimie Hyperphagie boulimique Fiche
urgences ++++

- Dans tous les cas ne JAMAIS apporter de soluté comportant du glucose par voie intraveineuse sauf hypoglycémie SYMPTOMATIQUE (et non simplement une glycémie basse cf infra)
 - ▶ La réintroduction alimentaire se fait sur prescription médicale.
 - ▶ Elle doit être progressive et fractionnée en 5 repas avec des apports de l'ordre de 15 à 20 kcal/kg/j les premiers jours. Les apports en micronutriments doivent être poursuivis

TRAITEMENT DE L'HYPOKALIEMIE

- Les hypokaliémies au cours des TCA sont le plus souvent secondaires à des vomissements, plus rarement à la prise (parfois cachée) de laxatifs ou de diurétiques.
- Compte-tenu du risque cardiaque, il est impératif d'instaurer en urgence, un traitement de substitution des hypokaliémies.
- Dans tous les cas une substitution associée en magnésium est à envisager.
- Prise en charge ultérieure : Préconiser une surveillance biologique et prescrire une substitution orale en potassium pour compenser les conséquences des vomissements, en attendant la mise en place d'une prise en charge spécialisée. Bien préciser de prendre le traitement à distance des vomissements.

PREVENTION ET TRAITEMENT DE L'HYPOPHOSPHOREMIE

- En cas de dénutrition, une hypophosphorémie peut apparaître à l'initiation de la renutrition, nécessitant un traitement préventif et si besoin curatif.

Phosphorémie	Apports recommandés
0,6 à 1,2 mmol/l (normale)	0,5 mmol/kg/j per os soit environ 50 à 100 gouttes de Phosphoneuros®/j
0,3 à 0,6 mmol/l	9 mmol en IV sur 12 heures
< 0,3 mmol/l	18 mmol en IV sur 12 heures

- Une hypophosphorémie inférieure à 0,6 mmol/l impose l'arrêt temporaire de l'alimentation et la correction de la phosphorémie avant la reprise de la nutrition. Une fois la phosphorémie normalisée, la reprise de la nutrition se fera en poursuivant la supplémentation phosphorée à la dose de 0,5 mmol/kg/j per os.

TRAITEMENT DE L'HYPOGLYCÉMIE

- Une surveillance régulière de la glycémie capillaire est recommandée chez les patients dénutris ou en aphagie depuis plusieurs jours.
- Devant tout malaise hypoglycémique ou devant une hypoglycémie asymptomatique $< 0,6$ g/l :
 - privilégier le resucrage per os en présence du personnel ;
 - en cas d'impossibilité de resucrage per os (incapacité ou refus du patient, troubles de conscience), resucrage par voie entérale ;
 - si voie entérale impossible (et seulement dans ce cas), injecter 1 ampoule de G10 % en IV qui sera obligatoirement suivie de la mise en place d'une perfusion de type glucosé à 5 % pour éviter les rebonds d'hypoglycémie et par une surveillance horaire de la glycémie capillaire ;
 - le glucagon est non recommandé car non efficace dans les cas de dénutrition.



TRAITEMENT D'UNE HYPONATREMIE

- La cause la plus fréquente de l'hyponatrémie au cours des TCA est une intoxication à l'eau sur une potomanie (excès de prise hydrique). Plus rarement l'hyponatrémie est due à une prise cachée de diurétiques, les autres causes d'hyponatrémies doivent cependant être éliminées.
- Il faut aussi éliminer l'hyponatrémie d'origine iatrogène chez les patients sous antidépresseurs (notamment les IRS).
- Dans tous les cas lorsque l'hyponatrémie est < 125 mmol/l la correction doit être lente, inférieure à 0,5 mEq/h ou 10 mEq/24h afin d'éviter la survenue de myélinolyse centropontine.
- Si potomanie : Restriction hydrique avec surveillance des zones d'accès à l'eau et autres boissons
- Si prise de diurétiques : Recommander l'arrêt des diurétiques

IL NE FAUT PAS.....IL FAUT PENSER A.....

Ne pas :

- séparer systématiquement le patient de son entourage
- forcer le patient à s'alimenter.
- perfuser avec du sérum glucosé
- prescrire de neuroleptiques ou d'antidépresseurs dans l'urgence sans avis spécialisé (risque vital en cas de dénutrition majeure ou de trouble métabolique)

Penser à :

- Toujours privilégier la voie entérale si la nutrition artificielle est indiquée (jamais de nutrition parentérale).
- Surveiller les hypoglycémies post stimulatives après les apports en glucides.
- Contacter les référents médicaux et psychiatriques au plus vite si un suivi est en place
- Prendre rapidement contact avec le médecin traitant et un service référent TCA régional pour un avis et la suite de la prise en charge si le patient n'est pas suivi pour son TCA (voir site FFAB pour l'annuaire des services TCA en fin de fiche).

Evaluation somatique

Bilan clinique et para clinique complet (cf recos)

Évaluation de l'état nutritionnel et de ses conséquences

- 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)
- Température corporelle
- Examen cardio-vasculaire complet à la recherche de signes d'insuffisance cardiaque et/ou de troubles du rythme incluant la mesure du pouls, de la tension, et recherche d'hypotension orthostatique
- État cutané et des phanères (dont automutilations), œdèmes, acrosyndrome
- Degré d'hydratation
- Examen neurologique et musculaire : ralentissement psychomoteur, fonte musculaire, hypotonie axiale, asthénie majeure avec difficulté d'accomplissement des mouvements habituels
- Examen digestif : glandes salivaires, tractus œsogastrique, transit notamment

Evaluation somatique

- Bilan clinique et para clinique complet (cf recos)

Tableau 2b. Évaluation paraclinique

Évaluation paraclinique (une fois le diagnostic établi)	
Bilan biologique	<ul style="list-style-type: none">• Hémogramme• Ionogramme sanguin• Calcémie, phosphorémie, 25OH-D3• Évaluation de la fonction rénale (urée, créatinine, clairance de la créatinine)• Évaluation de la fonction hépatique (ALAT, ASAT, PAL et TP)• Albumine, préalbumine• CRP• Il n'est pas recommandé de faire un dosage de TSH sauf en cas de doute diagnostique persistant en faveur d'une hyperthyroïdie
Examens complémentaires	<ul style="list-style-type: none">• Électrocardiogramme : recherche d'un QT long (risque de torsade de pointe), d'une tachycardie supraventriculaire ou ventriculaire, de pauses sinusales, d'une bradycardie jonctionnelle, d'une onde T

AFDAS-TCA – HAS (Service des bonnes pratiques professionnelles) – Juin 2010

tous les 2 ans en cas d'anomalies ou d'anomalie persistante

- En particulier examens complémentaires
 - Ionogramme indispensable (K, Na, Ph ++++)
 - En cas de vomissements / laxatifs et diurétiques:
 - prescrire systématiquement un **ECG et un ionogramme sanguin**.
 - prescrire un **examen dentaire** initial puis régulier par un dentiste d'évaluer et traiter les répercussions dentaires et digestives de ces conduites.
 - **Expliquer au patient que pour prévenir les complications dentaires, éviter le brossage des dents immédiatement après le vomissement, mais plutôt de rincer la bouche à l'eau, et de réduire l'acidité de l'environnement buccal.**

Point d'attention

- **Retard de croissance enfants et les adolescents** suivre :
 - la croissance staturo-pondérale (courbes de croissance).
 - le développement pubertaire
 - Si retardés ou stoppés: un avis pédiatrique

Point d'attention

- **Fertilité et grossesse**
- Informer que :
 - Aménorrhée \neq *infertilité totale* possibilité d'ovulation et de survenue d'une grossesse.
 - Si besoin contraception
- La contraception oestroprogestative : hémorragies de privation \neq règles
-
- Les femmes enceintes souffrant d'anorexie mentale ou avec antécédents nécessitent un suivi pluridisciplinaire adapté, pendant la grossesse et pendant la période de *post-partum* (risque dépressif), afin :
 - d'assurer une croissance foetale satisfaisante ;
 - d'éviter une dégradation de l'état nutritionnel et psychique ;
 - de veiller à l'instauration d'une relation mère-bébé de bonne qualité.

AM & re-Nutrition

- Les objectifs nutritionnels à terme sont :
 - **éviter les complications potentielles de la renutrition trop rapide** , en cas de dénutrition sévère.
 - **atteindre et maintenir un poids et un statut nutritionnel** adaptés pour les adultes, ou une vitesse de croissance adéquate pour les enfants et les adolescents ;
 - **obtenir une alimentation spontanée, régulière, diversifiée** avec un retour à des comportements, des choix alimentaires, des apports énergétiques plus adaptés, et la capacité à s'alimenter en société ;
 - **obtenir une attitude détendue et souple face à l'alimentation** ;
 - obtenir la **réapparition des sensations de faim et de satiété** ainsi qu'une réponse adaptée à l'éprouvé des patients ;

AM & re-Nutrition

- **Modalités et déroulement de la renutrition**
- **Le rythme des pesées est adapté à l'état clinique.** En fonction de l'état nutritionnel une surveillance pondérale bihebdomadaire est recommandée, voire quotidienne si la dénutrition est sévère (grade III), puis hebdomadaire lorsque l'état nutritionnel se stabilise.
- **Réintroduire ou d'améliorer les repas par étapes, avec précaution,** afin d'assurer les apports suffisants. Des apports nutritionnels inférieurs à 1 600 kcal/j (pour un adulte) ne permettent pas de couvrir tous les apports nécessaires en microéléments. L'ajout de compléments alimentaires permet de façon transitoire d'avoir un apport calorique plus élevé.
- **Surveillance particulière au cours de la renutrition**
 - En début de renutrition, une surveillance **du bilan hydroélectrolytique**, dont la **phosphorémie** pour éviter de potentielles complications cardio-vasculaires.
 - En cas de dénutrition sévère, il est recommandé :
 - d'initier une renutrition de façon **prudente et progressive** ;
 - de compléter **en phosphore, vitamines, et oligoéléments** par voie orale afin d'éviter le syndrome de renutrition inappropriée (risque vital) · de réaliser une surveillance clinique pluriquotidienne (pouls, tension, température).

AM & re-Nutrition

- **Déterminer l'objectif pondéral**
- discuter avec le patient de l'objectif de poids à atteindre, progressivement, afin de le rassurer.
- Cet objectif pondéral est à déterminer en fonction :
 - de l'âge ;
 - des antécédents pondéraux ;
 - du poids permettant de restaurer les menstruations et l'ovulation pour les femmes.
- Pour la plupart des patients, un arrêt de la perte de poids est le premier objectif avant d'envisager un gain de poids. Dans la phase de reprise, un gain de 1 kg par mois en ambulatoire semble un objectif mesuré et acceptable.
- Il est recommandé de valoriser l'aspect positif de la reprise de poids et d'éviter de fixer d'avance un poids minimal qui deviendrait un enjeu pour le patient.
- Pour les enfants et les adolescents, les objectifs de poids réévalués régulièrement en fonction des percentiles d'IMC reposent sur :
 - l'âge ;
 - la taille ;
 - l'étape de puberté ;
 - le poids pré-morbide ;
 - les courbes de croissance.

Psychothérapies

- **ATTENTION:** Lorsque les patients sont très dénutris, l'abord psychologique est surtout une aide à l'adhésion et à la motivation au traitement.
- **Les psychothérapies :**
- sont individuelles et familiales et visent à:
- comprendre et à coopérer à sa réhabilitation physique et nutritionnelle, pour réduire le risque physique ;
- comprendre et à modifier les attitudes dysfonctionnelles liées au trouble alimentaire, pour encourager le gain de poids et tendre vers une alimentation équilibrée ;
- de se sentir plus en confiance et en sécurité pour avancer dans sa vie ;
- améliorer ses relations sociales et interpersonnelles, et lui permettre de façon plus globale
- traiter les comorbidités psychiatriques (la dépression, les troubles anxieux, obsessionnels, état post traumatique et les conduites addictives ...) , les troubles de la personnalité qui contribuent à renforcer ou à maintenir les troubles des conduites alimentaires.

Psychothérapies

- Le choix de la psychothérapie est fait **en fonction du patient**, voire de son entourage, de son âge, de sa motivation et du stade d'évolution de la maladie.
- Les formes de psychothérapie (individuelle, familiale ou de groupe) les plus usuelles sont :
 - les thérapies de soutien ;
 - les psychothérapies psychodynamiques ou d'inspiration analytique ;
 - les thérapies comportementales et cognitivo-comportementales (TCC) ;
 - les thérapies systémiques et stratégiques.
- Les thérapies familiales sont recommandées pour les enfants et les adolescents (grade B).
- Les approches motivationnelles ont montré leur intérêt en début de prise en charge.
- Les approches corporelles, l'art-thérapie, la musicothérapie, etc. peuvent être proposées en association avec la prise en charge globale.

Eating Disorders

Additional considerations for children and adolescents with anorexia nervosa

4.4.2.13 Family interventions that directly address the eating disorder should be offered to children and adolescents with anorexia nervosa.



For children and adolescents, the evidence indicates that family treatment is the most effective intervention [I].

With the methodological partnership
and the financial support of



With the partnership of



With the participation of



SUMMARY OF PRACTICE GUIDELINES

Anorexia nervosa: management

2 - Initial specialist care and management pathways

Family therapy is recommended for children and adolescents (grade B).



The Royal
Australian &
New Zealand
College of
Psychiatrists

Family therapies. There is moderate research-based evidence for family therapies in younger people with anorexia nervosa up to their late teens, living with family and with an illness duration of less than three years, with evidence that family therapy is more effective than individual treatment (Russell et al., 1987). Whilst family therapy approaches vary in their focus and etiological stances, a common theme is the involvement of family in treatment to help recovery especially in regard to interventions to restore weight.

AM & Psychotropes

- **Il n'existe pas de traitement médicamenteux spécifique de l'anorexie mentale**
- Par ailleurs certains médicaments tels que les antipsychotiques sont à utiliser avec précaution du fait de leurs effets indésirables sur un terrain dénutri (allongement du QT).
- les antidépresseurs tricycliques sont à proscrire
- Les antidépresseurs IRS peuvent être utilisés pour traiter des comorbidités (troubles dépressifs, anxieux, TOC)
- Ceux-ci ne sont généralement pas mis en place avant une reprise pondérale car le diagnostic de ces troubles n'est pas aisé chez des sujets dénutris nombre de symptômes sont améliorés par la reprise pondérale.
- Un anxiolytique avant le repas pour diminuer l'angoisse lié à l'exposition alimentaire n'a pas fait preuve de son efficacité, **mais peut être proposé en discussion avec le patient , en évaluant le rapport bénéfice/risque**

SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE

Anorexie mentale : prise en charge

3 - Critères d'hospitalisation à temps plein

Juin 2010

- L'indication d'hospitalisation ne repose pas sur un seul critère, mais sur leur association et leur évolutivité.
- L'hospitalisation sous contrainte ne doit être utilisée que lorsque le risque vital est engagé et que des soins consentis sont impossibles.

Critères somatiques d'hospitalisation

Chez l'enfant et l'adolescent	
Anamnesticques	<ul style="list-style-type: none"> • Perte de poids rapide : plus de 2 kg/semaine • Refus de manger : aphasie totale • Refus de boire • Lipothymies ou malaises d'allure orthostatique • Fatigabilité voire épuisement évoqué par le patient
Cliniques	<ul style="list-style-type: none"> • IMC < 14 kg/m² au-delà de 17 ans, ou IMC < 13,2 kg/m² à 15 et 16 ans, ou IMC < 12,7 kg/m² à 13 et 14 ans • Ralentissement idéique et verbal, confusion • Syndrome oculusif • Bradycardies extrêmes : pouls < 40/min quel que soit le moment de la journée • Tachycardie • Pression artérielle systolique basse (< 80 mmHg) • PA < 80/50 mmHg, hypotension orthostatique mesurée par une augmentation de la fréquence cardiaque > 20/min ou diminution de la PA > 10-20 mmHg • Hypothermie < 35,5°C • Hyperthermie
Paracliniques	<ul style="list-style-type: none"> • Acétonurie (bandelette urinaire), hypoglycémie < 0,6 g/L • Troubles hydroélectrolytiques ou métaboliques sévères, en particulier : hypokaliémie, hyponatrémie, hypophosphorémie, hypomagnésémie (seuls non précisés chez l'enfant et l'adolescent) • élévation de la créatinine (> 100 µmol/L) • Cytolyse (> 4 x N) • Leucopénie (< 1 000 /mm³) • Thrombopénie (< 60 000 /mm³)
Chez l'adulte	
Anamnesticques	<ul style="list-style-type: none"> • Importance et vitesse de l'amalgrissement : perte de 20 % du poids en 3 mois • Malaises et/ou chutes ou pertes de connaissance • Vomissements incoercibles • Échec de la renutrition ambulatoire
Cliniques	<ul style="list-style-type: none"> • Signes cliniques de déshydratation • IMC < 14 kg/m² • Amyotrophie importante avec hypotonie axiale • Hypothermie < 35 °C • Hypotension artérielle < 90/60 mmHg • Fréquence cardiaque : <ul style="list-style-type: none"> • bradycardie sinusale FC < 40/min • tachycardie de repos > 60/min si IMC < 13 kg/m²

Critères somatiques d'hospitalisation (suite et fin)

Chez l'adulte (suite et fin)	
Paracliniques	<ul style="list-style-type: none"> • Anomalies de l'ECC en dehors de la fréquence cardiaque • Hypoglycémie symptomatique < 0,6 g/L ou asymptomatique si < 0,3 g/L • Cytolyse hépatique > 10 x N • Hypokaliémie < 3 mEq/L • Hypophosphorémie < 0,5 mmol/L • Insuffisance rénale : clairance de la créatinine < 40 mL/min • Natrémie : <ul style="list-style-type: none"> • < 125 mmol/L (polémie, risque de convulsions) • > 150 mmol/L (déshydratation) • Leucopénie < 1 000 /mm³ (ou neutrophiles < 500 /mm³)

Critères psychiatriques d'hospitalisation

Risque suicidaire	<ul style="list-style-type: none"> • Tentative de suicide réalisée ou avortée • Plan suicidaire précis • Automutilations répétées
Comorbidités	<ul style="list-style-type: none"> • tout trouble psychiatrique associé dont l'intensité justifie une hospitalisation : <ul style="list-style-type: none"> • dépression • abus de substances • anxiété • symptômes psychotiques • troubles obsessionnels compulsifs
Anorexie mentale	<ul style="list-style-type: none"> • Idées obsédantes intrusives et permanentes, incapacité à contrôler les pensées obsédantes • Renutrition : nécessité d'une renutrition par sonde naso-gastrique, ou autre modalité nutritionnelle non réalisable en ambulatoire • Activité physique : exercice physique excessif et compulsif (en association avec une autre indication d'hospitalisation) • Conduites de purge (vomissements, laxatifs, diurétiques) : incapacité à contrôler seul des conduites de purge intenses
Motivation, coopération	<ul style="list-style-type: none"> • Échec antérieur d'une prise en charge ambulatoire bien conduite • Patient peu coopérant, ou coopérant uniquement dans un environnement de soins très structuré • Motivation trop insuffisante, rendant impossible l'adhésion aux soins ambulatoires

Critères environnementaux d'hospitalisation

Disponibilité de l'entourage	<ul style="list-style-type: none"> • Problèmes familiaux ou absence de famille pour accompagner les soins ambulatoires • Épuisement familial
Stress environnemental	<ul style="list-style-type: none"> • Conflits familiaux sévères • Critiques parentales élevées • Isolement social sévère
Disponibilité des soins	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de traitement ambulatoire possible par manque de structures (impossibilité du fait de la distance)
Traitements antérieurs	<ul style="list-style-type: none"> • Échec des soins ambulatoires (aggravation ou chronisation)

- Il est recommandé que le patient stabilise le poids atteint au sein du service hospitalier avant sa sortie, afin de diminuer le risque de rechute.

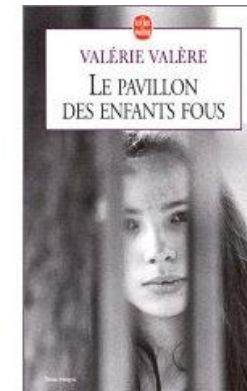


Cette synthèse ainsi que deux autres présentent les points essentiels des recommandations de bonne pratique « Anorexie mentale : prise en charge » Recommandations pour la pratique clinique – Juin 2010.

Ces recommandations et l'argumentaire scientifique sont consultables dans leur intégralité sur www.has-sante.fr et sur www.anorexiaboulimie-afdas.fr

Anorexie Mentale : séparation

- Ce n'est pas isolement (Charcot)
 - Qui ne doit plus exister...
 - Mais en découle...
- Pas sous-tendu par « pathogénie » parents
- Objectifs n'est pas « parentectomie »
- Pas un traitement en soi : mais un adjuvant possible
 - Inclus dans programme de soin global avec renutrition, travail sur la relation, (discussion, médiations thérapeutiques relationnelles) incluant les parents.



Refus de soins : soins sous contrainte

- Rare : mais pas tant que cela
- Se poser la question dans le parcours de soins :
 - L'AM est un trouble psychiatrique et le trouble entrave la liberté de décision
- En cas de refus de soins avec risque vital (somatique ou psychique)
- Peut nécessiter des hospitalisations de soins sous contrainte en soins somatique avec mise en place d'une collaboration entre équipe psychiatrique de secteur et soins somatiques
- Voir recommandations HAS détails sur le sujet et Ringuenet Melchior 2017

Refus de soins : OPP

- Rare : le plus souvent rencontre avec les soins suffit
- En urgence si risque vital parfois
- En « chronique » :
 - Elle ne veut plus et vous n'arrivez à rien
 - Elle va mourir laissez la
- 3 situations par ordre de fréquence:
 - Parents séparés, en conflit,
 - Seuls
 - Unis

FOCUS BOULIMIE & HB
aspects thérapeutiques

Clinique avérée de BN

Age, durée évolution,
intensité symptômes

Un sujet : génétique et social:
trajectoire de vulnérabilité

Personnalité, limite

Crises de BN/H et
stratégies de contrôle
de poids (SCP)

Conséquences crises
et SCP : digestives
(douleurs,
RGO, Oesophagites,
parotides)
psychiques, sociales,
financières

Comorbidité
psychiatriques
(dep, anx, toc,
addictions)

**Etat
clinique
global**

Conduites associés variables:
SCP, Potomanie, méricscysme,
trichotillomanie
Achat pathologiques, vols

Risque suicidaire

Conséquences SCP :
métaboliques (K, Na,
déshydratation, rénales)

Histoire de
violence abus

Antécédents
familiaux

Adaptation sociale
Relations familiales
Scolarité; amis

Complications somatiques
De dénutrition/malnutrition :
ostéoporose, fertilité,

Définition ... Trouble psychiatrique

Critères DSM-5 HB

(*binge eating disorder*/Accès hyperphagiques)

- Survenue récurrente d'accès hyperphagiques
- Au moins 3 des caractéristiques suivantes :
 - manger beaucoup plus rapidement que la normale
 - manger jusqu'à une sensation pénible de distension abdominale
 - manger en l'absence d'une sensation physique de faim
 - manger seul parce que l'on est gêné par les quantités ingérées
 - dégoût de soi, dépression ou culpabilité après avoir mangé
- Les accès hyperphagiques surviennent, en moyenne, au moins 1 fois par semaine pendant 3 mois
- Absence de comportements visant à compenser les prises excessives de nourriture

American Psychiatric Association, *DSM-5*, 2013

Clinique avérée de **HB**

Age, durée évolution,
intensité symptômes

Symptomatologie associée

Crises de BN/H

Symptômes
Crises

Comorbidité
psychiatriques
(dep, T
Bipolaire,
anxiété, toc,
addictions)

**Etat
clinique
global**

Conséquences crises
: digestives,
surpoids,
métaboliques
psychiques, sociales,
financières

Histoire de
violence abus

Complications
Somatiques :
Celles du surpoids du
surpoids ou obésité

Adaptation sociale
Relations familiales
Scolarités; amis

Approches Thérapeutiques

1- Ambulatoire (Consultation, CATTP, HDJ): majoritairement

2- si urgence symptôme Hospitalisations : en somatique ou psychiatrie (selon cas et disponibilités locales)

- Trouble métabolique sévère (K, Na...)
- tentative de suicide
- risque suicidaire moyen ou élevé,
- comorbidité psychiatrique aiguë et sévère
(trouble dépressif, troubles obsessionnels compulsifs,
troubles anxieux, trouble de la personnalité, addictions, etc.),
- état de mal boulimique

RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Boulimie et hyperphagie boulimique
Repérage et éléments généraux de prise en charge

Méthode Recommandations pour la pratique clinique

ARGUMENTAIRE SCIENTIFIQUE

RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Boulimie et hyperphagie boulimique
Repérage et éléments généraux de prise en charge

Méthode Recommandations pour la pratique clinique

TEXTE DES RECOMMANDATIONS

Juin 2019

Et 8 fiches ciblants:

FICHE OUTIL 1

Boulimie et hyperphagie boulimique
Repérage

FICHE OUTIL 2

Boulimie et hyperphagie boulimique
Comment en parler ?

FICHE OUTIL 3

Boulimie et hyperphagie boulimique
évaluation initiale et initiation des soins

FICHE OUTIL 4

Boulimie et hyperphagie boulimique
Complications somatiques et prise en charge

FICHE OUTIL 5

Boulimie et hyperphagie boulimique
Prise en charge pluri-professionnelle coordonnée

FICHE OUTIL 6

Troubles des conduites alimentaires
Aspects gynécologiques et obstétricaux

FICHE OUTIL 7

Boulimie et hyperphagie boulimique
Repérage et prise en charge de l'état dentaire
par le chirurgien-dentiste

FICHE OUTIL 8

Urgences
et troubles du comportement alimentaire

Juin 2019

FICHE OUTIL 1

Boulimie et hyperphagie boulimique

Repérage

Juin 2019

- La boulimie se caractérise par des crises de boulimie (absorption d'une grande quantité de nourriture dans un temps restreint, associée à un sentiment de perte de contrôle) suivies de comportements compensatoires inappropriés tels que : vomissements provoqués, emploi abusif de laxatifs, diurétiques ou autres médicaments ; jeûne ; exercice physique excessif. En outre chez ces sujets l'estime de soi est affectée de manière excessive par l'apparence physique. Les personnes souffrant de boulimie ont généralement un IMC normal en raison des comportements compensatoires.
- L'hyperphagie boulimique se caractérise par des épisodes récurrents de crises de boulimie, mais sans le recours aux comportements compensatoires inappropriés caractéristique de la boulimie. C'est pourquoi les personnes souffrant d'hyperphagie boulimique sont généralement en surpoids ou en situation d'obésité. Ce trouble est responsable d'une souffrance importante.

REPERAGE

Le repérage ne concerne pas que les professionnels de santé mais tout intervenant du cadre de vie de la personne concernée (entourage, personnel scolaire, éducateur sportif, ...)

Population ciblée

- Jeunes, en particulier les adolescentes et les jeunes femmes ;
- Activités professionnelles ou loisirs à risque (pour la boulimie):
 - mannequins,
 - disciplines sportives à catégorie de poids ou nécessitant le contrôle du poids (gymnastique, danse, en particulier classique, athlétisme, natation synchronisée, culturisme, courses hippiques/jockey, etc.) notamment de niveau de compétition ;
- Antécédents familiaux de trouble(s) des conduites alimentaires (TCA)

Situations à risque

- Antécédents de troubles des conduites alimentaires (anorexie, ...)
- Affections somatiques :
 - Variations pondérales rapides sans cause organique retrouvée
 - Pathologies impliquant des régimes telles que le diabète de type 1
 - Perturbations des menstruations, aménorrhée, troubles de la fertilité
 - Plaintes liées à des symptômes gastro-intestinaux inexpliqués, en particulier reflux gastro-intestinaux et douleurs gastriques, troubles du transit
 - Problèmes dentaires inexpliqués, en particulier érosion dentaire
 - Situation d'aménorrhée inexpliquée, syndrome des ovaires polykystiques, troubles de la fertilité (en particulier en cas de projet de d'assistance médicale à la procréation)
 - variations importantes de l'HbA1c ou du poids chez les patients diabétiques (il existe des

- questionnaires de dépistage des troubles des conduites alimentaires adaptés aux sujets atteints de diabète de type 1 (type DEPS-R, m-EDI, m-SCOFF) ;
- Vomissements répétés inexpliqués (boulimie)
- Hypokaliémies inexpliquées (boulimie)
- Manifestations psychologiques :
 - Tentatives de suicide, automutilations
 - Addictions, abus de substances psychoactives (alcool en particulier)
 - Troubles anxieux et troubles de l'humeur (troubles dépressifs et troubles bipolaires),
 - Troubles de la personnalité dont la personnalité limite ;
 - Troubles de déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) ;
 - Psychotraumatismes (abus sexuels et maltraitements ...)
- Rechercher systématiquement une hyperphagie boulimique :
 - en cas de situation de surpoids ou d'obésité ;
 - en cas de demande de chirurgie bariatrique ;
 - en cas d'échec de la perte de poids après chirurgie bariatrique.
 - en cas de troubles bipolaires et chez les patients prenant des antipsychotiques (car, du fait de la prise de poids, elles majorent les troubles métaboliques associés aux traitements antipsychotiques).

Signes cliniques d'appel

- Demande de régime amaigrissant ou de perte de poids ;
- Habitudes alimentaires restrictives, exclusions alimentaires, recours inapproprié aux produits ou méthodes dits « à visée amaigrissante, drainante, purgative, détox », usage inapproprié de laxatifs, diurétiques, compléments alimentaires ;
- Inquiétude de l'entourage (parents, conjoint, fratrie) face au comportement alimentaire.
- Exercice physique excessif ;
- Préoccupations excessives autour du poids ou de la corpulence, particulièrement en cas d'IMC normal ou bas (boulimie) ;
- Angle sous mandibulaire gonflé (parotidomégalie) ; signe indirect de vomissements ; (boulimie) ;
- Signe de Russell (abrasions au dos de la main liées aux vomissements (boulimie)).

EVALUATION INITIALE

Le repérage de la boulimie et de l'hyperphagie boulimique repose :

- Soit sur une évaluation clinique globale qui peut inclure des questions spécifiques, par exemple :
 - « Avez-vous ou avez-vous eu ou pensez-vous avoir un problème avec votre poids ou votre alimentation ? »
 - « Votre poids vous inquiète-t-il de manière excessive ? »
 - « Votre poids influence-t-il la façon dont vous vous sentez ? »
 - « Est-ce que quelqu'un de votre entourage pense que vous avez un problème avec l'alimentation ? »
 - « Est-ce que vous vomissez ? Vous arrive-t-il de vous faire vomir ? »
- Soit sur l'utilisation d'un questionnaire court adapté et validé (SCOFF-F, ESP, ...).

Chez les adolescents et jeunes adultes il est recommandé de faire une consultation en plusieurs temps, permettant de les voir à la fois avec et sans les parents (ou accompagnants).

Chez les adolescents et jeunes adultes il est recommandé de faire une consultation en deux temps, permettant de voir l'enfant/adolescent à la fois avec et sans ses parents (ou accompagnants).

Population cible

- Jeunes, en particulier les adolescentes et les jeunes femmes ;
- Activités professionnelles ou loisirs à risque (pour la boulimie):
 - mannequins,
 - disciplines sportives à catégorie de poids ou nécessitant le contrôle du poids (gymnastique, danse, en particulier classique, athlétisme, natation synchronisée, culturisme, courses hippiques/jockey, etc.) notamment de niveau de compétition ;
- Antécédents familiaux de trouble(s) des conduites alimentaires (TCA)

Situations à risque

- Antécédents de troubles des conduites alimentaires (anorexie,...)
- Affections somatiques :
 - Variations pondérales rapides sans cause organique retrouvée
 - Pathologies impliquant des régimes telles que le diabète de type 1
 - Perturbations des menstruations, aménorrhée, troubles de la fertilité
 - Plaintes liées à des symptômes gastro-intestinaux inexpliqués, en particulier reflux gastro-intestinaux et douleurs gastriques, troubles du transit
 - Problèmes dentaires inexpliqués, en particulier érosion dentaire
 - Situation d'aménorrhée inexpliquée, syndrome des ovaires polykystiques, troubles de la fertilité (en particulier en cas de projet de d'assistance médicale à la procréation)
 - variations importantes de l'HbA1c ou du poids chez les patients diabétiques (Il existe des

questionnaires de dépistage des troubles des conduites alimentaires adaptés aux sujets atteints de diabète de type 1 (type DEPS-R, m-EDI, m-SCOFF))

- Vomissements répétés inexpliqués (boulimie)
- Hypokaliémies inexpliquées (boulimie)
- Manifestations psychologiques :
 - Tentatives de suicide, automutilations
 - Addictions, abus de substances psychoactives (alcool en particulier)
 - Troubles anxieux et troubles de l'humeur (troubles dépressifs et troubles bipolaires),
 - Troubles de la personnalité dont la personnalité limite ;
 - Troubles de déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) ;
 - Psychotraumatismes (abus sexuels et maltraitances ...)

Repérage HB

- Rechercher systématiquement une hyperphagie boulimique :
 - en cas de situation de surpoids ou d'obésité ;
 - en cas de demande de chirurgie bariatrique ;
 - en cas d'échec de la perte de poids après chirurgie bariatrique.
 - en cas de troubles bipolaires et chez les patients prenant des antipsychotiques (car, du fait de la prise de poids, elles majorent les troubles métaboliques associés aux traitements antipsychotiques).

FICHE OUTIL 5

Boulimie et hyperphagie boulimique

Prise en charge pluri-professionnelle coordonnée

Juin 2019

Organisation du plan de soins

L'approche thérapeutique des troubles des conduites alimentaires doit être pluriprofessionnelle incluant les dimensions psychologiques, nutritionnelles, somatiques, sociales, et familiales. Le plan de soins repose sur l'articulation des différents intervenants dans un projet au long cours compte-tenu de la durée des troubles.

La prise en charge étant partagée entre plusieurs professionnels, il est recommandé d'établir un accord clair entre les différents professionnels de santé sur la répartition des rôles de chacun.

Il est recommandé qu'un des intervenants de la prise en charge, préférentiellement le plus expérimenté, coordonne le projet de soins multidisciplinaire et pluriprofessionnel tenant compte de l'avis du patient.

Ce coordinateur doit être clairement identifié par le patient et tous les intervenants.

La prise en charge ambulatoire est préconisée en première intention, sauf urgence ou complication.

L'orientation vers une équipe spécialisée est souhaitable pour un avis et/ou une prise en charge.

■ Une évaluation globale du patient est recommandée, associant une évaluation somatique, nutritionnelle et psychique, incluant aussi la dynamique familiale et sociale. Cette évaluation permet de délimiter les signes de gravité, en particulier ceux justifiant une hospitalisation. Elle est à répéter dans le temps, au moins mensuellement dans les formes avérées, et d'autant plus fréquemment que l'état du patient est fluctuant ou évolutif.

Dangers aigus:

- Vomissements et laxatifs diurétiques & tr métaboliques:
 - Hypokaliémie
 - Hyponatrémie
- Risque suicidaire
- Voir Recommandations HAS boulimie Hyperphagie boulimique Fiche urgences ++++

Evaluation et suivi aspects somatiques:

- examen clinique complet somatique (Cf. fiche de synthèse « Evaluation initiale et initiation des soins ») :
 - détection précoce des complications (Cf. Fiche de synthèse « Complications somatiques et prise en charge »),
 - Détection des situations d'urgences (Cf. Fiche de synthèse « Urgences et troubles du comportement alimentaire).et leur prévention,
- Inclure un examen dentaire systématique au minimum tous les 6 mois ayant pour objectif la détection précoce des complications et leur prévention (Cf. Fiche synthèse « Repérage et prise en charge de l'état dentaire par le chirurgien-dentiste »)
- Réaliser régulièrement un ionogramme sanguin (potassium, réserve alcaline, sodium, créatininémie) chez les patients qui vomissent ou qui utilisent des laxatifs ou des diurétiques, afin de dépister et traiter les troubles métaboliques

TRAITEMENT DE L'HYPOKALIEMIE

- Les hypokaliémies au cours des TCA sont le plus souvent secondaires à des vomissements, plus rarement à la prise (parfois cachée) de laxatifs ou de diurétiques.
- Compte-tenu du risque cardiaque, il est impératif d'instaurer en urgence, un traitement de substitution des hypokaliémies.
- Dans tous les cas une substitution associée en magnésium est à envisager.
- Prise en charge ultérieure : Préconiser une surveillance biologique et prescrire une substitution orale en potassium pour compenser les conséquences des vomissements, en attendant la mise en place d'une prise en charge spécialisée. Bien préciser de prendre le traitement à distance des vomissements.

Evaluation et suivi aspects somatiques:

- Surpoids et obésité :
 - Évaluation des complications métaboliques et physiques
 - suivi régulier
 - attention aux antipsychotiques

Evaluation et suivi aspects psychiatriques:

- examen évaluant :
 - La nature du TCA et HDM
 - Symptômes actuels :
 - Le risque suicidaire
 - Automutilations.
 - Comportements impulsifs.
 - Évaluer le retentissement social des troubles (familial, relationnel, professionnel, ou chez les jeunes sur la formation).
 - Les antécédents psychiatriques individuels et familiaux
 - Le parcours de soins antérieur et les traitements reçus et leur efficacité
 - Recherchant les comorbidités psychiatriques :
 - Symptômes et troubles de l'humeur (dépression et trouble bipolaire).
 - Symptômes et troubles anxieux.
 - Symptômes et troubles obsessionnels compulsifs.
 - Troubles de la personnalité (en particulier de type limite, notamment en cas d'automutilations ou de forme très sévère de boulimie ou d'hyperphagie boulimique).
 - Addictions, abus de substances.
 - Troubles de déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH).
 - Antécédents d'abus (psychologiques, physiques et sexuels)

Traitements

APPROCHES PSYCHOTHERAPEUTIQUES

Les objectifs sont individuels et familiaux.

Il est recommandé que la prise en charge globale du patient souffrant de troubles des conduites alimentaires comprenne un volet psychologique dans le but de l'aider à :

- ▶ renforcer la motivation à s'impliquer dans la prise en charge pluriprofessionnelle ;
- ▶ restaurer des habitudes alimentaires équilibrées et adaptées ;
- ▶ réévaluer et amener à changer les pensées dysfonctionnelles, l'image et l'estime de soi, les attitudes, les motivations, les conflits et les sentiments liés au trouble des conduites alimentaires ;
- ▶ traiter les dysrégulations émotionnelles et les dimensions associées ;
- ▶ améliorer le fonctionnement interpersonnel et social ; traiter les comorbidités psychiatriques ;
- ▶ obtenir le soutien de la famille et de l'entourage ;
- ▶ aider l'entourage et proposer une guidance et une thérapie familiale dans les soins mis en place.

Il est important de spécifier aux patients que les objectifs des programmes de psychothérapie ne visent pas directement à traiter les problèmes de poids (pas d'objectif d'amaigrissement) mais pourraient secondairement avoir un impact sur ceux-ci¹.

Traitements : psychothérapies

Approches recommandées s'intégrant à l'approche pluriprofessionnelle

- ▶ **Outils d'auto-support (*self-help*)** peuvent être proposés avant l'initiation d'une prise en charge ou en début de prise en charge
 - l'auto-support guidé par un professionnel de santé est plus efficace que la version non accompagnée
- ▶ **Thérapies comportementales et cognitives (TCC)** individuelles adaptées aux troubles des conduites alimentaires en première intention ; les thérapies comportementales dialectiques peuvent être proposées chez les patients présentant un trouble de la personnalité borderline comorbide.
- ▶ En cas d'impossibilité ou de refus de TCC, un recours à aux techniques suivantes est possible :
 - Thérapies interpersonnelles
 - Thérapies psychanalytiques
 - Thérapies familiales : pour les adolescents et les jeunes adultes souffrant de boulimie et leur famille,

La mise en place d'une psychothérapie en plus du suivi somatique et psychiatrique doit être envisagée :

- une fois l'évaluation pluriprofessionnelle effectuée et le diagnostic de boulimie ou d'hyperphagie boulimique confirmé
- après information du patient sur les modalités de mise en œuvre de son projet de soins individualisé

Références de livres d'auto support sur www.ffab.fr

Traitements : les psychotropes

Médicaments psychotropes pouvant être utilisés

- ▶ Les **ISRS** (inhibiteurs sélectifs de recapture de la sérotonine) peuvent être proposés en deuxième ligne chez les adultes (en cas d'impossibilité d'accéder à une psychothérapie structurée et en l'absence de contre-indication) et toujours en association à une prise en charge psychologique et pluriprofessionnelle.
- ▶ Le topiramate, compte tenu de la balance bénéfice-risque et du risque de détournement, ne devrait être prescrit qu'après avis d'un centre spécialisé dans la prise en charge des TCA
- ▶ Les **autres psychotropes** peuvent être utilisés dans leurs indications habituelles en cas de comorbidités psychiatriques avec une attention particulière aux effets secondaires pouvant être aggravés par les troubles métaboliques fréquents

Médicaments psychotropes non recommandés

- ▶ Les **antidépresseurs tricycliques** ne sont pas recommandés dans le traitement des crises de boulimie en raison de leurs profils bénéfice-risque défavorables.
- ▶ En l'état actuel des connaissances, les **autres médicaments** n'ont pas lieu d'être prescrits pour traiter la boulimie ou l'hyperphagie boulimique.

ISRS et Boulimie

- Pourquoi:
 - Action sur les compulsions alimentaires
 - Action sur l'humeur et l'anxiété
 - Action sur l'impulsivité
- Etude principalement menée avec la fluoxétine:
 - Efficacité supérieure au placebo sur le court terme
 - Maintient de la réponse supérieur au placebo à 1 ans
 - Les patients répondeurs ne sont pas forcément les mêmes qu'à une TCC

ISRS et boulimie

- Recommander en deuxième ligne et **en adjonction à une prise en charge multidisciplinaire**
- Conduite du Traitement:
 - Après élimination d'une contre indication / évaluation de la balance bénéfice-risque
 - Les doses cibles sont plus importantes que pour la dépression (ex: pour fluoxétine 2 à 3 cp par jour)
 - Durée de TTT identique à EDM: 6-12 mois
 - Ne doit pas être isolé
- **Un traitement efficace est un TRt pris et ...non vomit!**

ISRS et hyperphagie boulimique

- Efficacité moins bien documenté que dans la boulimie notamment sur le long terme
- Recommandation d'utilisation et règles de prescription identiques à celle de la boulimie

Topiramate et boulimie / hyperphagie boulimique

- Action anticraving bien connu et documenté dans plusieurs addictions
- Dans la boulimie/BED:
 - Une dizaine d'essais randomisés vs. placebo à court terme
 - Le topiramate pourrait diminuer les crises, améliorer les obsessions alimentaires, et favoriser la perte de poids (niveau de preuve 3)
 - Posologie de réponse très variable (100 et 600 Mg/J)
 - Mais:
 - Nombreux mésusage dans le cadre de l'obésité
 - Peut aggraver les comportement restrictifs
 - Tolérance modérée
- Compte tenu de la balance bénéfice-risque et du risque de détournement, ne devrait être prescrit qu'après avis d'un centre spécialisé.

Baclofène

- Rationnel d'utilisation basé sur son action anticraving
- Les preuves se limitent
 - 2 petits essais sur la court terme avec des posologie faible
 - Des séries de cas
- Effet secondaires importants
- En l'absence de données sur la balance bénéfice risque, le baclofène ne doit pas être prescrit dans les troubles alimentaires en dehors de protocoles de recherche

Naltrexone et boulimie /hyperphagie boulimique

- Le rationnel d'utilisation repose sur le contrôle des comportements alimentaires addictifs
- Les preuves se limite à des séries de cas avec des posologie souvent > 200 mg/j
- Les guidelines ne recommandent par leur utilisation dans les TCA en pratique courante

Traitements: autres approches

Autres approches pouvant être proposées en plus de l'accompagnement pluriprofessionnel recommandé

En l'état actuel des connaissances, l'efficacité des approches suivantes n'est pas établie : Thérapies basées sur la pleine conscience (Mindfulness), art thérapie, exercice physique, massages, relaxation, yoga, luminothérapie (thérapie par la lumière)

Cependant, il n'y a pas de contre-indication à y avoir recours à condition que l'accompagnement pluriprofessionnel recommandé soit maintenu. Il est nécessaire d'informer d'emblée les patients des thérapeutiques dont le bénéfice est établi.

Approches non recommandées

Les techniques de stimulation magnétique transcrânienne répétitive (rTMS) et autres techniques de neuromodulation non invasives ne sont pas recommandées dans les TCA hors protocole de recherche.

Traitements: autres approches

SEVRAGE BOULIMIQUE : PLACE DE LA NUTRITION ENTERALE

- Le sevrage des crises de boulimie en utilisant une nutrition entérale par sonde nasogastrique rester un traitement réservé aux patients présentant des troubles sévères.
- Cette méthode doit être réalisée uniquement en milieu hospitalier spécialisé.

Prévenir, Soigner, Réinsérer

LES ACTIVITÉS EN PSYCHIATRIE



82%
Hospitalisation

18%



Claude a 16 ans à l'admission en soins études à la clinique Dupré de Sceaux

ATCD : 5 ans hospitalisations dans 3 structures

Tentative de précipitation toit de hôpital

Arrêt de scolarité de 3 ans puis école à l'hôpital

Anorexie mentale prépubère

Adressée par CHU continue suivi de référent

3 ans séjours soins études (BAC S, IUT) à Sceaux clinique

Dupré

Puis résidence étudiante 1 an avec suivi ambulatoire à

Dupré

Ecole ingénieur Montpellier

Erasmus Canada

Vit avec son ami va bien 8 ans plus tard... mais fragile

Prévenir, Soigner, Réinsérer

LES ACTIVITÉS EN PSYCHIATRIE



82%
Hospitalisation

*Sonia 18 ans à l'admission à J Arnaud de Bouffémont
Service Transdisciplinaire, de psychiatrie et de MPR suite
à une précipitation sous le métro, fracture du bassin et de la
colonne vertébrale*

*ATCD: Anorexie boulimie, trouble de la personnalité, 4 ans
d'hospitalisation*

Relais au CHU adreuteur

Relais en HJ à Besançon

10 ans plus tard aide soignante 2 enfants va bien



Soins études

HTC - HTP

Unité Post TS
Appartement
Relais



14%
Schizophrénies

Prévenir, Soigner, Réinsérer

LES ACTIVITÉS EN PSYCHIATRIE



82%
Hospitalisations

*Margot 17 ans à l'admission à S Sarthe
4 ans hospitalisations
Arrive 10 IMC
TOC
9 mois hospitalisation
1 ans et quelques mois S Sarthe
Léger surpoids
Sortie progressive
Terminale difficile*



Soins études

HTC - HTP

Unité Post TS
Appartement
Relais



14%
Schizophrénies

J'AI PAS FAIT EXPRÈS

texte Zoé Blanc-Scuderi
musique Narcisse

Ce que tu vois c'est une fille qui sourit, réfléchit, j'ai trop la classe.
Ce que tu ne vois pas c'est qu'à l'intérieur tout se casse.
Faire semblant, tout le temps. Mettre un masque, déguiser.
Ce que tu ne sais pas c'est que je ne peux pas manger.
C'est con c'est clair, quelque chose de crucial,
Me nourrir pour être en vie, quelque chose de banal.
Pourtant moi je ne peux pas, c'est ma folie.
Perdre du poids c'est mon but dans la vie.

Au début j'ai la pêche : je suis heureuse et toujours prête.
Mais un jour d'octobre je craque et tout pète.
Manger, manger, manger, jusqu'à en crever.
J'ai tellement mal au ventre que je ne peux plus marcher.
Encore et encore, je suis pleine à ras bord.
J'ai pas envie, elle me dégoûte, on dirait qu'elle veut ma mort.
Alors je me vide pour qu'elle s'en aille cette salope qui me tue.
Agenouillée dans les WC la nourriture m'a enlevé toute ma vertu.

La balance tous les jours décide de mon humeur.
Bien souvent ma journée commence par des pleurs
Parce que j'ai pris 100gr, c'est ridicule de fondre en larmes.
Moi je voudrais seulement rendre les armes.
A l'intérieur je hurle mais personne ne m'entend.
J'ai tellement besoin d'une main qui se tend.
Et à chaque fois j'ai trop honte avec mon pot de Nutella.
Mais les filles comme moi sont toutes passées par là.
Les autres ils ne savent pas, ils ne voient pas
Que quand je marche dans la rue la boulimie guide mes pas.

Refrain

Tu sais j'ai pas fait exprès
de me faire avoir
Je m'en fous de la mode,
des filles des magazines
Je m'habille en 36 mais
ma vie c'est le trou noir

Refrain

Refrain

Moi je voulais juste être aimée
Mais je ne pensais pas le mériter.
Alors j'ai décidé d'être moins moi, de disparaître.
A force de maigrir, de vomir, je ne peux plus me reconnaître.
J'avais l'illusion que ma dissolution
Allait être pour moi la solution.
Je n'ai plus l'impression d'appartenir au genre humain
Mais ne pars pas, je t'en prie, prends-moi juste par la main.

Refrain

Malgré tout quand on parle d'anorexie, de boulimie,
Le pire c'est pas la nourriture qui contrôle ma vie.
C'est qu'au moment où je décide de m'en sortir,
Celle qui était une amie n'a fait que de mentir.
Il n'est pas si facile de la mettre à la porte
Car cette ennemie, c'est en moi que je la porte.
Contrôle, contrôle, il faut être parfaite
Quand je lâche cette illusion je suis enfin prête.
Prête à vivre ma vie, ne plus être en survie.
Reprendre le contrôle de ma tête et plus de mon assiette.

Refrain

Je sais que je vais m'en sortir.
Cette phrase n'est pas si facile à dire.
Les symptômes maintenant sont presque partis.
Mais aujourd'hui je ne sais plus qui je suis.
Le mot « malade » était devenu ma carte de visite.
Je guéris, je ne sais pas quoi faire ensuite.
A présent que je n'ai plus peur, que je n'ai plus faim,
Je fais ce que je veux mais tout me semble vain.
C'est la suite du combat, mon nouveau passe-temps
Découvrir qui je suis sans boulimie, 10 ans après il est temps.

Tu sais j'ai pas fait exprès de me faire avoir
Je m'en fous de la mode, des filles des magazines
Je m'habille en 38 et j'ai à nouveau de l'espoir.

Pour aller plus loin:

Ce cours a été élaboré à partir des recommandations HAS-FFAB et du plan de Formation FFAB

Les recommandations et la synthèse des recommandations sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr

FFAB: <https://www.ffab.fr/>

Ligne téléphonique anorexie boulimie info écoute: 0 810 037 037

<https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/anorexie-mentale>



ANOREXIE - BOULIMIE
Info Écoute
0 810 037 037*

Une ligne téléphonique pour les patients, familles, proches et professionnels.
entre 16h00 et 18h00
DES SPÉCIALISTES RÉPONDENT À VOS QUESTIONS

Psychologues spécialisés dans les TCA: LUNDI
Associations, familles, usagers et professionnels: MARDI
Médecins spécialisés dans les TCA: JEUDI
Ensemble des écoutants en alternance: VENDREDI

FFAB, Inserm, Association Malade, Santé France, Régional, FFAB-REN
<http://www.anorexie-boulimie.info>
<http://anorexie-boulimie.org>