PREMIÈRE PARTIE : MODULES TRANSDISCIPLINAIRES

Module 3 – **Maturation et Vulnérabilité**
Question 42

Troubles du comportement alimentaire de l'adulte

Rédaction : F Baylé, R Dardennes, JD Guelfi, H Lôo, JP Olié
Relecture : R Dardennes, F Lang

Objectifs pédagogiques spécifiques (Anorexie mentale)

- Connaître la fréquence de l'anorexie mentale et ses facteurs étiologiques
- Savoir les principales expressions et formes cliniques de l'anorexie mentale
- Faire le diagnostic d'anorexie mentale de l'adolescence.
- Savoir les modalités évolutives et le pronostic de l'anorexie mentale
- Connaître les principes du traitement et de la prise en charge des anorexiques mentales

Objectifs pédagogiques spécifiques (Boulimie)

- Connaître la fréquence de la boulimie et ses facteurs étiologiques
- Connaître la symptomatologie clinique, dont le déroulement de
- l'accès boulimique
- Connaître les modalités évolutives de la boulimie
- Connaître les principes du traitement de la boulimie

A - LES TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES

Objectifs
Reconnaître et diagnostiquer :
- une anorexie,
- des conduites boulimiques,
- des vomissements,
- un mérycisme.

Evaluer les critères de gravité d'un état de dénutrition.
Faire les investigations complémentaires pour estimer les complications des troubles alimentaires.

Proposer les traitements adéquats en fonction de l'état clinique et des éléments psychopathologiques.

I. GÉNÉRALITÉS : LE COMPORTEMENT ALIMENTAIRE HUMAIN

Versant comportemental de mécanismes de régulation énergétique et nutritionnelle qui assurent l'homéostasie de l'organisme.
Plusieurs mécanismes entrent en jeu :

- faim,
- satiété,
- apprentissage alimentaire.

II. DÉTERMINISMES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE HUMAIN

- Physiologiques,
- psychologiques,
- comportementaux (les préférences et les rejets alimentaires sont appris),
- environnementaux (la vie en société impose les heures et le nombre de repas, on « apprend » à avoir faim à l'heure),
- l'homme aime ce qui le nourrit,
- quand les apports énergétiques sont limités, le volontaire humain compense en mangeant davantage,
- En cas d'excès alimentaire, la compensation se fait moins bien.

III. EPIDÉMIOLOGIE DES TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES

- Prévalence de l'obésité en France : 10 %.
- Prédominance féminine des troubles pour les formes à début péri pubertaire, sex-ratio 1/9.

IV. PICA

A. Définition :

Ingestion de substances non nutritives tels que terre, cailloux, végétaux, papiers, excréments, cheveux, peinture, etc…
Ne représente pas une pratique culturellement admise.

B. Etiologie :

Carences martiales.
Carences en zinc.
Négligence et carences parentales.
Retard de développement.
Troubles psychiatriques (autismes, schizophrénie).

C. Evolution et complications :
Digestives : trouble du transit, occlusions intestinales bénignes, corps étrangers.
Respiratoires : fausses routes répétées.
Infectieuses, bactériennes ou parasitaires.

D. Traitement :
Prise en charge complexe.
Résultats décevants.
Les neuroleptiques donnent des améliorations transitoires chez les patients délirants.
Peut être considéré comme un comportement appris et bénéficier de techniques comportementales.
Aménagement des lieux et surveillance du patient en milieu institutionnel.

V. MÉRYCISME

A. Epidémiologie :
Rumination avec régurgitation puis réingestion du bol alimentaire et ceci de façon répétée.
La fréquence du mérycisme dans la petite enfance a considérablement diminué.
Le mérycisme continue à exister chez des jeunes adultes anorexiques ou boulimiques.

B. Clinique :
Rumination « physiologique » chez des sujets indemnes de tout autre trouble.
Enfants hospitalisés.
Retards mentaux.
Associé à des troubles du comportement alimentaire.

C. Etiologies :
Le syndrome de rumination est sous-diagnostiqué, comportement souvent caché mérycisme associé aux troubles alimentaires dans 20 % des cas.

D. Examens complémentaires :
Pas d'investigation particulière ; la manométrie œsophagienne ne semble pas nécessaire pour faire le diagnostic.

E. Evolution et complications :
Dénutrition.
Déshydratation.
Retard de développement.

F. Traitement :

Le traitement fait appel à des techniques comportementales et de relaxation ou bien le mérycisme disparaît avec le traitement des troubles alimentaires sans action thérapeutique spécifique.

VI. AUTRES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE CHEZ L'ENFANT

Anorexie précoce du nourrisson.

Vomissements, régurgitations.

Anorexie pré-pubère :

- Sex-ratio = 1
- sémiologie faite d'hyperactivité et de refus de manger et de boire
- risque de retard staturo-pondéral
- aménorrhée primaire

VII. ANOREXIE MENTALE

A. Critères de diagnostic de l'anorexie :

Refus de maintenir un poids au-dessus de IMC (indice de masse corporelle) = 17,5. IMC normal entre 20 et 25.

Peur intense de devenir gros.

Altération de la perception du corps, déni des troubles (non-reconnaissance de l'état de maigreur ou de danger vital).

Aménorrhée.

Sous-type restrictif / sous-type boulimie, vomissements, laxatifs.

B. Hypothèses étiopathogéniques :

Facteurs biologiques :

- Neuropeptide Y –cholécystokinine – ghréline - leptine.

Facteurs psychologiques :

- troubles du développement précoce entre 0 et 2 ans (séparation précoce entre mère et enfant),
- interactions familiales (elles sont généralement perturbées dès l'apparition du trouble alimentaire, mais peuvent précéder l'apparition du trouble : troubles de la communication intra-familiale, confusion des rôles parentaux).

Facteur socioculturel, il s'agit probablement d'un facteur de risque, mais pas d'une cause à proprement parler.

Facteurs génétiques : ce sont vraisemblablement des facteurs de vulnérabilité génétique.

C. Epidémiologie :

Prévalence de l'anorexie : 1 % de la population adolescente de plus de 16 ans.
Prédominance féminine des troubles pour les formes à début pré-pubertaire : sex-ratio 1/9.
Taux de mortalité : 15-20 %.
Causes de mortalité essentiellement :

- dénutrition,
- suicide.

D. Clinique :

Début des troubles classiquement à l'adolescence.
Transformations corporelles au moment de la puberté.
Existence de formes à début pré-pubertaire.
Et de formes à début plus tardif.
Prédominance féminine des troubles dans la forme « classique ».
Début des troubles pouvant se faire sous la forme de restrictions, mais aussi de grignotages entraînant un léger surpoids.
Amaigrissement rapide ou progressif.
Sensation de faim persistante qui ensuite s'atténue.
Préoccupations excessives concernant l'alimentation avec comptage des calories.
Stratégie de contrôle du poids :

- prise de laxatifs,
- prise de diurétiques,
- vomissements,
- prise d'extraits thyroïdiens,
- omissions volontaires d'insuline chez les diabétiques insulino-dépendants.

Aménorrhée :

Autrefois considérée comme un symptôme clé.
Ne peut être mise en évidence que si les règles n'apparaissent pas après arrêt du traitement œstroprogestatifs de plus en plus souvent prescrit (à visée contraceptive ou pour traiter une ostéoporose).
Le début des troubles peut se faire par des vomissements provoqués, par des crises boulimiques.
Notion de continuum dans l'évolution des troubles alimentaires avec passage d'une forme restrictive à une forme boulimique.
50 % des patients qui ont présenté un épisode d'anorexie ou de régime strict développeront à un moment de leur évolution des comportements boulimiques.
Les conduites restrictives :

- Restrictions d'abord quantitatives : diminuer les portions, cacher ou stocker la nourriture.
- Restrictions qualitatives : éliminer certaines catégories d'aliments.
- Les seuls aliments généralement acceptés par les patientes anorexiques sont les fruits (sauf bananes), les légumes verts et les laitages.
- Apparition d'un végétarisme plus ou moins justifié.
- Préférence pour des produits allégés, des édulcorants, des laitages à O % de matière grasse.

Déni des troubles.

Hyper-investissement scolaire ou professionnel.

Troubles de la perception corporelle :

- Non-reconnaissance de l'état de maigreur.
- Phénomène identique chez les sujets obèses.
- Cas particulier des professions qui imposent un poids ou une apparence corporelle (danseurs, mannequins, jockeys, judokas…).

Hyperactivité physique :

- Décrite par les patients comme une stratégie de contrôle du poids.
- Mais aussi comme un comportement incontrôlable.
- Données chez l'animal qui mettent en évidence le développement d'une hyperactivité physique en relation avec l'état de dénutrition.
- Besoin qu'éprouvent certains sujets de boire constamment, le plus souvent de l'eau, mais aussi tout autre liquide à leur portée.
- S'accompagne de polyurie.
- Dans les troubles du comportement alimentaire, la consommation excessive de boissons se rencontre dans plusieurs cadres : volonté de se purger, de nettoyer, de purifier l'intérieur de l'organisme sous-tendue par l'idée que la consommation de boisson fait perdre du poids.
- Chez les patients boulimiques, c'est un élément facilitant les vomissements.
- D'autre part, le fait de vomir de façon importante entraîne une déshydratation et une sensation de soif.
- Quand la potomanie atteint 10 litres de liquide par jour, elle peut entraîner des troubles métaboliques graves tels qu'hyponatrémie avec risque d'épilepsie ou de coma.
- Le traitement ne peut être dissocié de celui du trouble alimentaire et fait appel à des techniques comportementales.

Autres troubles comportementaux :

- Restriction hydrique.
- Consommation excessive d'épices.
- Stockage alimentaire (syndrome du hamster).
- Mérycisme et régurgitations.
- Auto-saignements.

E. Examens complémentaires :
Ionogramme : kaliémie / phosphorémie
Bilan hépatique
Formule numération sanguine
Protéines de la nutrition
Electrocardiogramme
Impédancemétrie (mesure de la composition corporelle)
Ostéodensitométrie
F. Evolution et complications :

Troubles digestifs : retard à la vidange gastrique
Hypertrophie des glandes salivaires
Troubles des phanères / lanugo
Ostéoporose
Troubles de la fertilité
Hypotrophie ou malformations fœtales
Risque d'infections (mycobactérie)
Iatrogène (ré-alimentation trop brutale, « refeeding syndrome ») se manifestant par une aggravation de la cytolyse hépatique avec troubles de l'hémostase et hypophosphorémie à l'origine de troubles du rythme cardiaque.

G. Diagnostic différentiel :
Dépression
Schizophrénie dans moins de 10 % des cas
Trouble obsessionnel-compulsif
Troubles de la personnalité de tout type, mais plus particulièrement évitante et état limite dans 50 % des cas

Dénutrition :

- signes cliniques :
    - bradycardie,
    - acrocyanose,
    - œdèmes des membres inférieurs,
    - troubles de phanères,
    - lanugo,
    - œdèmes,
    - hypotension,
    - hypothermie,
    - mauvais état bucco-dentaire,
- signes biologiques :
    - perturbations du bilan hépatique,
    - troubles de l'hémostase,
    - pan cytopénie possibilité de nécrose gélatineuse de la moelle (probablement d'origine carentielle).

H. Traitement :

Hospitalisation :

- Durée des programmes de soins entre trois et quatre mois liée aux caractéristiques cliniques et évolutives des troubles.
- Etats de dénutrition parfois sévères (parfois nécessité de transfert en service de réanimation pour une renutrition médicalisée).
- Hospitalisation libre, mais contractuelle.
- Approches diététiques et nutritionnelles.
- Approches cognitivo-comportementales.
- Psychothérapies individuelles et de groupe.
- L'anorexie mentale est une situation médicale, psychopathologique et interpersonnelle complexe, grave et souvent chronique.
- La plupart des symptômes physiques et psychologiques résultent de la malnutrition.

Buts du traitement :

- Traiter la dénutrition et les problèmes biologiques associés.
- Restaurer des comportements alimentaires corrects.
- Traiter les troubles psychologiques et comportementaux.
- Prendre en compte les déficits sociaux.

Cibles thérapeutiques :

- Dénutrition.
- Troubles métaboliques.
- Comportements pathologiques potentiellement dangereux.

- Comorbidité psychiatrique.

Programme de soin :

- Evaluation en consultation.
- Présentation de l'hospitalisation et de l'unité de soin.
- Semaine d'observation.
- Réalisation d'un contrat de traitement.
- Evaluation hebdomadaire des objectifs thérapeutiques.

Le contrat thérapeutique :

- Rendu nécessaire par le fait que les comportements alimentaires pathologiques ne peuvent être déconditionnés que dans un environnement standardisé.
- Elimine le plus possible les contingences de l'environnement qui rendraient difficile l'application des techniques comportementales.
- Evite les attitudes de « manipulation » fréquemment rencontrées dans ce type de troubles.
- Rassure les patients en appliquant un cadre à l'intérieur duquel il devient difficile d'émettre des comportements de dissimulation, de stockage de nourriture, de vomissements, de boulimie, etc…
- Permet d'établir une relation de coopération entre le patient et ses thérapeutes en ce qui concerne le programme de soins.
- Fixe la durée des soins.
- Est la seule référence tout au long de la prise en charge.

Les différentes phases du traitement hospitalier :

- Phase 1 :
  - axée sur la renutrition,
  - permet de commencer le programme de diversification alimentaire.
- Phase 2 :
  - ré-apprentissage alimentaire complet.
- Phase de stabilisation :
  - se tester à l'extérieur.

Les traitements nutritionnels :

- La stratégie de renutrition dépend des éléments cliniques et paracliniques :
  - perte de poids rapide = facteur de gravité,
  - BMI < 14,
  - hypokaliémie,
  - cytolyse hépatique,
  - hypophosphorémie.
- Moyens :
  - alimentation par son nasogastrique,
  - apports caloriques très progressifs,
  - supplémentation en phosphore, vitamines et oligo-éléments,

- régime désodé.

Les traitements comportementaux :

- Application du conditionnement opérant à la modification du comportement alimentaire (système de renforçateurs).
- Techniques de modeling (repas thérapeutiques).
- Exercices d'évaluation des quantités alimentaires.
- Ateliers repas.

Approches psycho-éducatives :

- Sous forme de groupes d'information.
- Différents thèmes relatifs aux troubles alimentaires.

Thérapie cognitive :

- Cibles thérapeutiques :
  - distorsions cognitives,
  - croyances irrationnelles relatives :
    - aux aliments,
    - à la représentation corporelle,
    - à l'estime de soi.

Thérapie d'affirmation de soi :

- Traiter un défaut d'assertivité :
  - inhibition,
  - agressivité.
- Traiter une phobie sociale.

Technique de relaxation :

- Type training autogène de Schultz.
- Type technique de Jacobson :
  - contrôler l'anxiété post-prandiale,
  - aider à contrôler les régurgitations, le mérycisme.

Autres psychothérapies :

- Groupe d'expression.
- Psychothérapies à médiation artistique.
- Psychothérapie d'inspiration analytique.

Thérapie familiale : indiquée plutôt chez les adolescents et jeunes adultes.

Suivi ambulatoire :

- Consultations régulières avec le psychiatre référent.
- Consultations de diététique.
- Groupe d'expression.
- Repas thérapeutiques.
- Poursuite ou reprise des psychothérapies individuelles.

Au total :

- Difficultés à poursuivre en ambulatoire un support thérapeutique aussi important.
- Ne résout pas le problème des rechutes.
- S'adapte difficilement aux patients présentant des troubles graves de la personnalité.

Avantage de ce type de protocole :

- Très bonne efficacité à court terme.
- Permet d'obtenir des bons résultats même chez des patients chroniques.
- Personnel compétent en technique de renutrition, de thérapie cognitivo-comportementale, de relaxation…
- L'hospitalisation fait partie d'un programme de soins.
- Les troubles alimentaires, en particulier l'anorexie, nécessitent une post-cure prolongée.

VIII. BOULIMIE

Différents aspects cliniques :

- Boulimie.
- Binge eating disorder.
- Night eating syndrome.
- Hyperphagie.
- Grignotages.

A. Critères de diagnostic de la boulimie :

Survenue récente de crises de gloutonnerie :

- quantité de nourriture largement supérieure à la normale,
- sentiment de perte de contrôle pendant la crise.

Comportements visant à perdre du poids.

Survient en moyenne deux fois par semaine pendant trois mois.

Estime de soi influencée de manière excessive par le poids et les formes corporelles.

B. Epidémiologie :

Prévalence de la boulimie : 3 à 5 %.

C. Caractéristiques de la boulimie :

Caractéristiques physiologiques :

- fluctuations pondérales,
- aménorrhée ou dysménorrhée,
- effets de la privation ou semi-privation / risque d'ostéoporose.

Caractéristiques comportementales :
- épisodes récurrents de gloutonnerie incontrôlable,
- stratégies de compensation pour contrôler le poids,
- refus de maintenir le poids physiologique.

Caractéristiques psychologiques :
- préoccupations extrêmes concernant le poids et les formes corporelles,
- instabilité affective,
- peur de la grosseur,
- dépression, anxiété, honte du fait de la perte de contrôle,
- impulsivité, comportements auto-agressifs, abus de substance, tentatives de suicide…
- grand besoin d'approbation,
- difficultés d'adaptation sociale,
- faible estime de soi et auto-dépréciation.

Conséquences somatiques des boulimies :
- syndromes pseudo occlusifs,
- prise de poids,
- hypertrophie des glandes salivaires (parotidomégalie),
- mauvais état nutritionnel malgré un poids normal,
- troubles des règles.

Conséquences des vomissements :
- hypokaliémie,
- érosions dentaires,
- douleurs œsophagiennes et gastriques,
- ingestion de corps étrangers au cours des vomissements provoqués,
- fausse route.

D. Traitement :

Cibles du traitement :

Comportements potentiellement dangereux :
- crises de boulimie,
- vomissements,
- restrictions alimentaires.

Les méthodes comportementales, les méthodes cognitives et les méthodes mixtes peuvent être envisagées en individuel ou en groupe.

Méthodes comportementales :
- auto-enregistrement,
- planification des repas,
- contrôle de stimulus,
- résolution de problèmes.

Méthodes cognitives :

- compréhension des relations entre croyances, affects et comportement,
- correction des perturbations de l'image corporelle,
- examiner la connexion entre perception de sa valeur et apparence physique,
- mettre à distance les émotions,
- examiner la valeur adaptative et fonctionnelle des croyances,
- distancer les croyances,
- déterminer des conséquences réalistes,
- chercher des explications alternatives,
- développer des sentiments réalistes.

Groupe psycho-éducatif pour la boulimie :

- programme psycho-éducatif,
- délivre des informations au sujet de la nature des troubles,
- propose de favoriser le changement d'attitude et de comportement,
- processus didactique,
- donne des informations scientifiques :
  - les patients sont perplexes devant toutes les informations qu'ils reçoivent,
  - parler du modèle de multi-détermination de la boulimie.
- Répond à des questions telles que :
  - pourquoi ai-je développé ce problème ?
  - qu'est ce que je peux faire pour aller mieux ?

Au total

Difficultés méthodologiques à évaluer une technique en particulier :

- hétérogénéité des populations,
- fort taux d'abandon, même pour des thérapies brèves,
- les patients ont plusieurs thérapies en même temps.

Bâtir une stratégie thérapeutique sur le long terme.
Proposer des approches séquentielles.
Utiliser une seule technique à la fois.
Favoriser des prises en charge bi-focales.
Traiter une comorbité.
L'efficacité des traitements à long terme n'est guère assurée.