

Troubles des conduites alimentaires

**Définition clinique,
Épidémiologie,
Traitement...**

Extrait: Lionel portier Le Monde 2007 Lionel portier

N Godart IMM Service Pr Corcos / U 669
INSERM/AFDAS TCA/ Réseau TCA Francilien

Département de psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte Pr Jeammet/ Pr Corcos IMM

- Adolescents : 13 à 23 ans
- TCA : Pr Flavigny 1964
- Hospitalier temps plein :
unité d'urgence de 8 lits (B Richard)
unité de 30 lits /15 AN (N Godart).

Introduction

De la conduite alimentaire au TCA

- Fonctions de l'alimentation ?
 - **Organiques**
 - Synthèse des constituants de l'organisme
 - (croissance et entretien)
 - Dépenses énergétiques
 - (physiologiques et psychologiques)
 - Constitutions de réserves :
 - 40 nutriments indispensables
 - **Lien social (familial;extérieur)**
 - Éléments de **plaisir** (limité par les règles sociales)
- Perturbation à tous ces niveaux

TCA : Définition

- **Anomalies qualitatives et/ou quantitatives des conduites alimentaires**
 - Apports insuffisants
 - Apports excessifs
 - Apports aberrants
- **sans étiologie organique**
- **et ...dont les causes sont psychologiques**
- **Lien fort entre émotions, affectivité et**

TCA : Apports insuffisants

- **Ce qui se voit :**

- **Amaigrissement**

- **Troubles organiques**

- (cutanés, cardiaque, digestif, SNC, endoc, gynéco, osseux, dentaires)

- **Ce qui est derrière :**

- **Anorexie : perte de l'appétit**

- (dépression)

- **Refus alimentaire délirant**

- (mélancolie, désir de mort, peur d'empoisonnement)

- **Anorexie mentale (AM)**

TCA Apports excessifs

– Ce qui se voit :

- **Surpoids**
- **Rien...sauf conséquences dentaires des vomissements...**


– Ce qui est derrière:

- **Médicaments : augmentation de l'appétit / sécheresse buccale**
- **Pathologie psychotique**
- **Boulimie (Nerveuse) BN**

TCA Apports aberrants

- **Quantité ou qualité**
- **Associés à AM et ou BN**
 - **Boulimie**
 - **Vomissements réguliers**
 - **Lavages gastriques**
 - **Potomanie : eau/sodas**
 - **Méricysme : ruminantion après régurgitation**
 - **Autres : Pica, coprophagie**

De la conduite alimentaire au TCA

- Alimentation : régulation par SNC complexe
 - Hypothalamus : satiété/faim
 - Neuromédiateurs impliqués dans la faim ou satiété
 - Fonctions
 - des besoins intérieurs
 - Stimuli extérieurs, goût, odeurs ...
 - Fonctions habitudes (horaires ...)
 - Fonction normes
 - On sait que :
 - Stress
 - Angoisse
 - Anxiété
 - Dépression
-  modifient alimentation

Alimentation et troubles psychiatriques

- ◆ **DEPRESSION**
 - Anorexie
 - Refus d'alimentation, mélancolie +
 - Délire → refus alimentaire (ruine ...)
 - Parfois hyperphagie ed cotard

- ◆ **MANIE**
 - Hyperphagie
 - Refus alimentaire
 - agitation
 - ludisme

- ◆ **PSYCHOSE**
 - Hyperphagie
 - Anorexie, catatonie, refus alimentaire, délire
 - Anorexie
 - Boulimie

- ◆ **ETAS LIMITES**
- ◆ **TROUBLES DU DEVELOPPEMENTS**
- ◆ **ADDICTIONS**
- ◆ **TCA**

Perturbations Alimentation : épidémiologie

- **Fréquent à l'adolescence**
- **Vomissements 28% adolescentes et 20% adolescents de 10 à 19 ans (Ledoux-Choquet 1994)**
- **Contrôle du poids 8% G et 19% F**
- **Mais se sont**
 - **ni AN**
 - **ni BN**

Anorexie Mentale


Anorexie mentale

- **1694 par Richard Morton : "phtisie nerveuse"**
- **AM 1883 Huchard**
- **Etiopathogénie 3 phases**
 - **1ère phase**
 - 19ème siècle, Lasègue et Gull pas étiologie organique.
 - influence de l'entourage de la patiente
 - l'isolement de la famille de Charcot
 - **2ème phase**
 - 1914 : cachexie hypophysaire par Simmonds
 - l'AM est de même nature.
 - **3ème phase**
 - Phase actuelle : bio-psycho-social

AM : épidémiologie

- Prévalence : **0,5% et 1% des filles**
- 5% à 10% hommes
- Age moyen de début : 17 ans (8
....???)
- Mortalité 12 fois la population générale
- Trouble psychiatrique très connus
-diagnostic souvent tardif
- ...complications mal connues et mal
dénistée

AM : **arrivée aux soins et dépistage**

- AN 1ère cause amaigrissement adolescentes ... sans plainte ni signe biologique ni fatigue.
- Diagnostic clinique, bilan bio simple mais
  Pas d'explorations invasives
à (taire, hématologique, gynécologique...)
- **Déni majeur ... (ne n'ai pas faim...je ne suis pas maigre , je ne suis pas fatiguée)**

AM : Definition

- **De définition clinique des trois A ...**
 - **Amaigrissement**
 - **Fausse anorexie : restriction volontaire**
 - **Aménorrhée (15% antérieure)**

- **Au DSMIV / CIM 10**

F 50.0 [307.1] Anorexie Mentale

(Anorexia Nervosa)

- **Refus de maintenir le poids corporel au niveau ou au-dessus d'un poids minimum normal pour l'âge et la taille** (p. ex. perte de poids conduisant au maintien du poids corporel à moins de 85% du poids attendu, ou incapacité à prendre du poids pendant la période de croissance, conduisant à un poids inférieur à 85% du poids attendu).
- **Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, alors que le poids est inférieur à la normale.**
- **Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou déni de la gravité de la maigreur actuelle.**
- Chez les femmes post-pubères, **aménorrhée** c.à.d. absence d'au moins trois cycles menstruels consécutifs. (Une femme est considérée comme aménorrhéique si les règles ne surviennent qu'après l'administration d'hormones, par exemple œstrogènes).

F 50.0 [307.1] Anorexie Mentale (Anorexia Nervosa)

Spécifier le type :

- **Type restrictif (Restricting type) :**
pendant l'épisode actuel d'Anorexie mentale, le sujet n'a pas, de manière régulière, présenté de crises de boulimie ni recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs (c.à.d laxatifs, diurétiques, lavements).
- **Type avec crises de boulimie/vomissements ou prise de purgatifs («Binge-eating/purging type») :**
pendant l'épisode actuel d'Anorexie Mentale, le sujet a, de manière régulière, présenté de crises de boulimie et/ou recouru aux vomissements provoqués ou à la

AM : Clinique

- **Physiquement : dénutrition (poids taille IMC)**
 - **Teint pale**
 - **Une peau sèche et squameuse, des phanères abîmés** (ongles, cheveux)
 - **Une hypotension et une bradycardie**
 - **Une hypothermie**
 - **Des œdèmes de carences**
 - **Faiblesse musculaire**
 - **Une hypertrichose et un lanugo**
 - **Des complications à long terme**

AM : Clinique

- **Comportements complexes vis à vis de la nourriture**

- **Fascination**

(collectionnisme de liste, de produits, patient faisant les courses et la cuisine pour toute la famille, « gavant » son entourage, rituels obsessionnels lors des repas qui durent des heures pour des quantités infimes, obsessions alimentaires)

- **Répulsion**

(peur des aliments, de la graisse, refus alimentaire, tri des aliments, alimentation de plus en plus monotone et limitée, calcul de la valeur calorique des aliments).

Perte du plaisir

- **Stratégies de contrôle de poids**

Hyperactivité, vomissements, prise de laxatifs, de

AM : Clinique

- **Peur permanente de grossir et déni maigreur**
- **Vérifications incessantes** (pesées pluri-quotidiennes, mesures de la grosseur des membres, vêtements ajustés, bijoux serrés...).
- **Estime de soi corrélée à la perte de poids.**
Le patient nie souvent sa maigreur qu'il ne perçoit pas.
- **Souvent diminution des investissements sociaux** (amis, sorties) au profit d'un repli familial (à un âge où l'adolescent devrait aller vers le monde)
- **Parfois Hyperactivité**
- **Parfois Hyperactivité scolaire**

AM : Clinique

- **Symptômes psychiatriques associés**
 - Troubles du sommeil
 - Symptômes
 - Anxieux
 - Obsessionnels
 - Dépressifs

Bilan Biologique minimal

| Examens paracliniques | Signes recherchés |
|---|---|
| Tous les patients | |
| Numération formule sanguine et plaquettes | Anémie, leuco-neutopénie, thrombopénie |
| Ionogramme sanguin | Hypokaliémie, hypophosphorémie, hypocalcémie Alcalose/acidose hyperchlorémique |
| Urée, Créatinine, proteinémie | Déshydratation voire insuffisance rénale fonctionnelle |
| Bilan thyroïdien (pour certaines équipes): T3, T4, TSH | Baisse de la T3, T4 normale, TSH normale |
| Pour les patients très dénutris | |
| Glycémie | Souvent normale recherche une hypoglycémie |
| Transaminases, bilirubine | Hypertransaminasémie, hyperbilirubinémie |
| ECG | bradycardie, signes d'hypokaliémie, signe de péricardite |
| Phosphorémie , Calcémie, magnésémie | Hypophosphorémie majorée par la renutrition, hypocalcémie, hypomagnésémie |
| Pour une dénutrition supérieure à 6 mois | |
| Bilan dentaire | Caries |
| Absorptiométrie osseuse | Ostéoporose |

AM: Diagnostics différentiels

- En cas de signes d'appel somatique
 - tumeur intracérébrale,
 - un processus malin,
 - une pathologie inflammatoire,
 - infectieuse (tuberculose),
 - digestive (maladie de Crohn),
 - endocrinienne (maladie d'Addison, panhypopituitarisme...).
- affections psychiatriques
 - état délirant associé à une anorexie
 - un état dépressif avec amaigrissement.

AM : l'Urgence Vitale

Somatique le plus souvent :

- Dénutrition majeure

{
BMI
Epuisement
Bradycardie, acétonurie

- Troubles ioniques

Psychique aussi :

- Raptus suicidaire

Urgence physique

- Pouls < 40/50
- Hypotension orthostatique
- TA < 8-5
- Hypoglycémie < 0,6g/l; Hyponatrémie
- Hypokaliémie < 3meq, hypophosphatémie
- Hypothermie
- Déshydratation
- Défaillance rénale, cardiaque ou hépatique
- Perte de poids rapide
- Refus alimentaire ou hydratation
- BMI<14

AM : Évolution

- **La guérison**
 - **Rare avant quatre années d'évolution**
 - **De 60% à 80% des cas**
 - **Cas chroniques (de 20% à 40%)**
 - **Possible.. même après 20 ans d'évolution.**
 - **Indemnes de toute pathologie psychiatrique de 30% à 50%.**

- **Complications somatiques et psychiatrique:**

AM : Évolution

□ Mortalité AN : 7%

54% : Dénutrition

27% : Suicide

19% : Inconnues

(Sullivan, Am. J. Psy, 1995)

Boulimie

Nerveuse

Boulimie : définition

- **« Faim de bœuf »**
- **Décrit en 1979 par Russell**
- **Episodes répétitifs et incontrôlables d'hyperphagie (crises de BN) svt cachette**
- **Le souvent stratégies de contrôle du poids :**
 - **vomissements, de l'exercice physique ou une prise de diurétiques, de laxatifs, de coupe-faim.**

F 50.2 [307.51] Boulimie

(*Bulimia Nervosa*)

A). Survenue récurrente de crises de boulimie («binge eating»).

Une crise de boulimie répond aux deux caractéristiques suivantes :

- 1) absorption, en une période de temps limitée (p. ex. moins de deux heures), d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances similaires
- 2) sentiment de perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise (p. ex. sentiment de ne pas pouvoir s'arrêter de manger, ou de ne pas pouvoir contrôler ce que l'on mange, ou la quantité que l'on mange)

F 50.2 [307.51] Boulimie ***(Bulimia Nervosa)***

- B Comportements compensatoires inappropriés et récurrents, visant à prévenir la prise de poids, tels que : vomissements provoqués ; emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements, ou autres médicaments ; jeûne ; exercice physique excessif.
- C Les crises de boulimie et les comportements compensatoires inappropriés et récurrents surviennent tous deux, en moyenne au moins deux fois par semaine pendant trois mois.
- D L'estime de soi est influencée de manière excessive par le poids et la forme corporelle.

F 50.2 [307.51] Boulimie **(Bulimia Nervosa)**

Spécifier le type :

Type avec vomissements ou prise de purgatifs

(«Purging type»)

Pendant l'épisode actuel de boulimie, le sujet a eu régulièrement recours aux vomissements provoqués ou à l'emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements.

Type sans vomissements ou prise de purgatifs

(«Nonpurging type»)

Pendant l'épisode actuel de boulimie, le sujet a présenté d'autres comportements compensatoires, inappropriés tels que le jeun ou l'exercice physique excessif, mais n'a pas eu régulièrement recours aux vomissements provoqués ou à l'emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements

Boulimie : épidémiologie

- **Début : 17 et 21 ans.**
- **1% à 3% des ado et des jeunes femmes**
- **Liens étroits avec AM**
 - **50% des AM ont des crises de BN**
 - **20%-36% BN ont des antécédents d'AM.**
- **Dix fois moins garçons (DSM-IV, 1994)**
- **Mortalité: 0,3%**

Boulimie : arrivée aux soins

- Plainte du sujet
- Sinon de la famille
- Signe de Russell
- Y penser si hypokaliémie sujets jeune
- conduites impulsives fréquentes
 - scarifications
 - achats impulsifs
 - Kleptomanie
 - conduites sexuelles débridées.
- Troubles de la personnalité
- Humeur dysphorique anxiété

Boulimie : arrivée aux soins

- Complications:
 - Physiques: des vomissements et de l'hyperphagie
 - manifestations physiques et paracliniques
 - Psychiques : dépression; anxiété; TS

Boulimie : clinique

1ère phase :

- **Déclancheurs : état émotionnel**
 - tension/stress
 - vide
 - sentiment de solitude
 - sentiment de faim
 - contrariété

- **Sensation pesante désagréable**

- **→ crise imprévue**

- **Longue évaluation « crises programmées »**

Boulimie : clinique

- **2ème phase accès**
 - **Achat urgent de nourriture voire voler**
 - **Nourriture**
 - **qui rempli**
 - **cale vite**
 - **facile à manger, sans mâcher,**
 - **Mangée telle que cru, froids**
 - **facile à vomir**
 - **des quantités énormes (15000 cal) > repas normal**
ex : 2 baguettes, 500g de beurre, ½ paquets de pâtes, 10 croissants, 1 plaquette de chocolat

Boulimie : clinique

- **3ème phase accès: fin accès**
 - **Plus rien à manger, quelqu'un vient**
 - **Douleurs abdominales**
 - **Sensation dépersonnalisation**
 - **Malaise sensations physiques et psychologiques**
 - Tension, gonflement, fatigue, céphalées.
 - Remords, honte, inquiétude,
 - Sentiment d'être grosse, difforme, vilaine,
 - D'avoir perdu le contrôle de soi
 - Difficile à assumer
 - **Pour se soulager vomissement**
 - **Hyperactivité, laxatif, diurétique**

Boulimie : clinique

- **Conduites impulsives fréquentes**
 - Scarifications
 - Achats impulsifs
 - Kleptomanie
 - Conduites sexuelles débridées.
- **Troubles de la personnalité**
- **Humeur dysphorique anxiété**

Boulimie : clinique

- **Complications :**
 - **Physiques**
:vomissements/hyperphagie
 - **Paracliniques : Hypokaliémie**
 - **Psychiques : dépression; anxiété; TS**

Bilan biologique:

| <u>Examens paracliniques</u> | <u>Signes recherchés</u> |
|--|--|
| <u>Tous les patients</u> | |
| | |
| <u>Ionogramme sanguin</u> | <u>Hypokaliémie, ECG</u> <u>Alcalose/acidose hyperchlorémique</u> |
| <u>Urée, Créatinine, proteinémie</u> | <u>Déshydratation voire insuffisance rénale fonctionnelle</u> |
| | |
| <u>Pour les patients très dénutris voir anorexie</u> | |

Etiopathogénie

De la conduite alimentaire au **TCA**

- Alimentation et individu :
 - Relation complexe et vitale qui varie:
 - **Epoque**
 - **Pays / société (ex fromage/insectes)**
 - **Famille :**
 - **Culture**
 - **Expériences précoces**
 - **Hérédité**
 - **Lien social**

De la conduite alimentaire au TCA

- Alimentation et individu :
 - Expériences précoces
 - quantitative → obésité constitutionnelle
 - et qualitative
 - Alimentation expression de la relation à l'autre
 - Variété apprise
 - Hérité = prédisposition
 - Gouts? : choux de Bruxelles
 - BMI équilibre
 - Recherche nouveauté
 - Depression
 - Maladies, surcharges (diabète gras, hypertension)

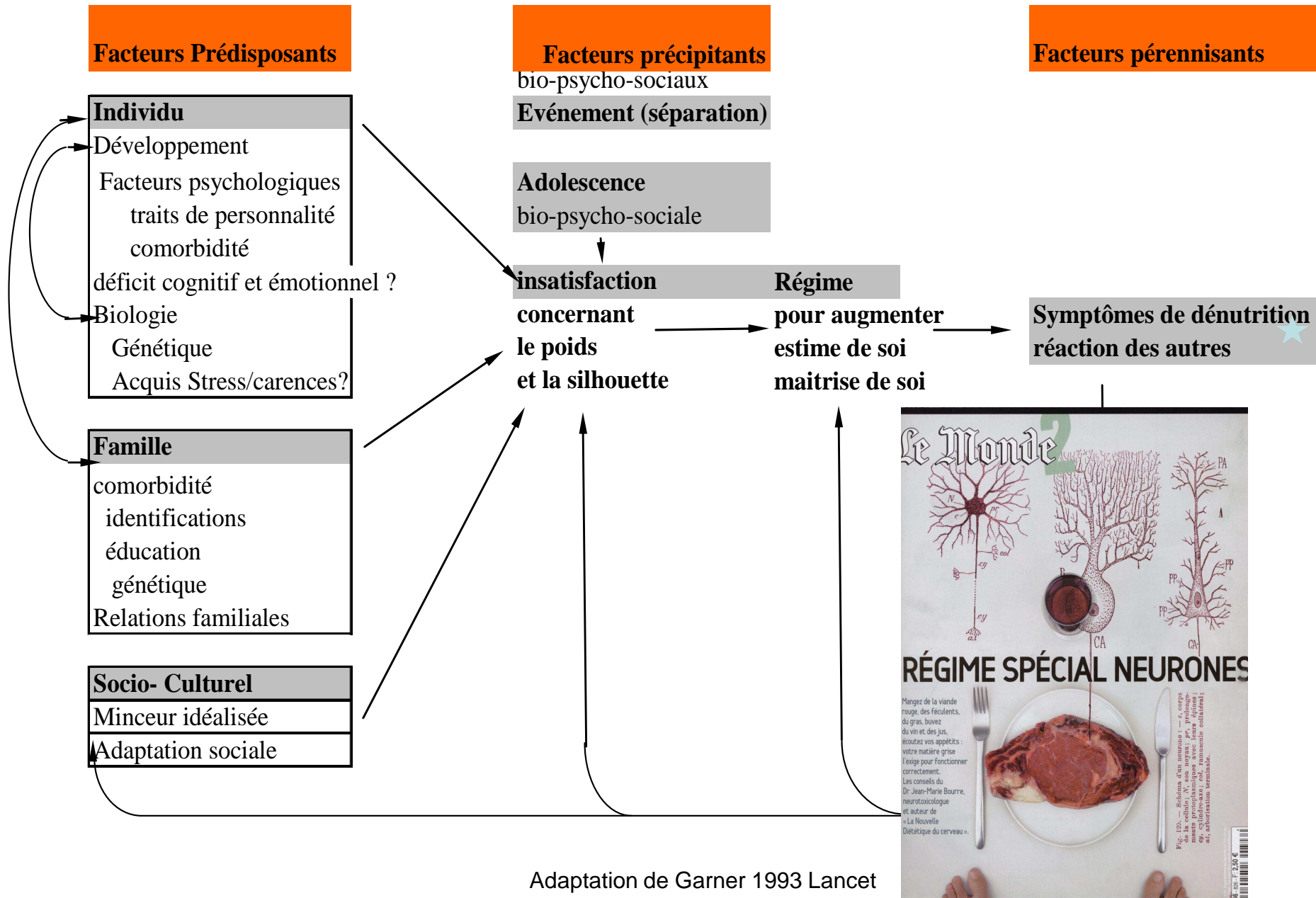
De la conduite alimentaire au **TCA**

- Alimentation et individu :
 - Face situation sociale
 - Met en jeu ses capacités adaptatives.
 - **Hérédité**
 - **Expériences précoces**
- **TCA perturbations jouant sur tous ces niveaux**
 - Modèle biopsychosocial TCA

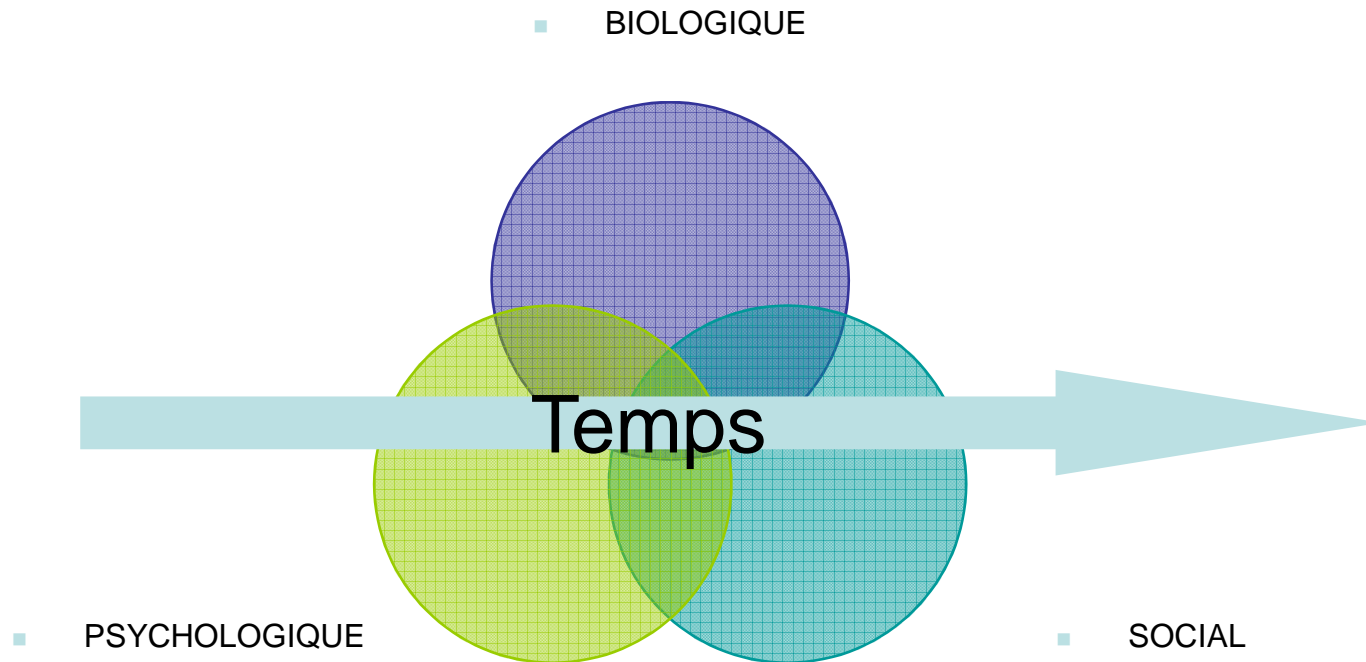
De la conduite alimentaire au TCA

- **Stress- l'alimentation:**
 - Met en jeu ses capacités adaptatives.
 - Hérité
 - Expériences précoces
 - Développement
 - Dans contexte social
- **Biopsychosocial
TCA**

Modèle Bio-Psycho-Social TCA



Modèle Bio?-Psycho-Social ... et développemental



- Bio:recherche
- Et Psycho-Social thérapeutique!



TCA et troubles psychiatriques

