

Sémiologie des troubles du comportement alimentaire de l'adulte

Points à comprendre

La fréquence des troubles du comportement alimentaire augmente dans les sociétés à haut niveau de vie.

Les causes de ces troubles du comportement alimentaire sont dominées par les comportements de restriction, le souci de minceur, la difficulté à faire face aux situations conflictuelles, les difficultés psychologiques.

Leur diagnostic est purement clinique et facile pour peu qu'on y pense.

Ces troubles induisent des altérations de l'état nutritionnel parfois sévères : dénutrition dans l'anorexie mentale ; hypokaliémie et carences dans la boulimie ; surpoids, obésité et leurs complications en cas de compulsions alimentaires.

Leur traitement implique une prise en charge, nutritionnelle et psychologique.

La recherche des troubles du comportement alimentaire, TCA, est un temps indispensable et systématique de l'évaluation clinique en nutrition. Les TCA peuvent être détectés dès l'examen initial, mais aussi apparaître au cours de la prise en charge, en particulier au cours de régimes exagérément restrictifs.

A savoir absolument

Introduire et justifier la séquence comportementale

Le comportement alimentaire assure, à travers un ensemble de conduites, une triple fonction :

- **énergétique et nutritionnelle** répondant à des besoins biologiques,
- **hédonique** (plaisir) : d'ordre affectif et émotionnel,
- **symbolique** : d'ordre psychologique, relationnel et culturel.

Le comportement alimentaire normal intègre ces différentes dimensions. Il participe ainsi à l'homéostasie interne et externe de l'individu, c'est-à-dire au maintien d'un état de bien-être physique, psychologique et social qui définit la santé.

L'analyse descriptive du comportement alimentaire porte sur les conduites et les finalités.

Analyse de la séquence comportementale alimentaire

L'homme doit résoudre un double problème :

- couvrir ses besoins essentiels effectuant un choix parmi une très grande variété d'aliments tout en évitant les substances toxiques ;

- s'alimenter de manière discontinue, alors que les dépenses sont permanentes.

Pour répondre à ces besoins, la prise alimentaire s'organise en une série d'événements périodiques décrits selon une "séquence comportementale".

Séquence comportementale

La prise alimentaire s'organise en une séquence périodique de structure habituellement bien définie, comportant schématiquement trois phases.

Phase pré-ingestive

C'est la phase qui précède le repas. Chez l'animal, elle est caractérisée par un état d'éveil et la recherche active de nourriture. Chez l'homme, elle est marquée par le stockage, le choix des aliments, la préparation du repas.

Phase ingestive

C'est la phase du repas ou phase prandiale. Elle se déroule en 3 temps : l'initiation du repas, la prise du repas, l'arrêt de la prise alimentaire.

Phase post-ingestive

Elle débute après le repas et dure jusqu'au repas suivant. En clinique, il n'est pas possible d'observer le comportement alimentaire. La seule source d'information est l'interrogatoire du sujet qui décrit son comportement, les signaux, les sensations qui lui sont associés.

Sensations de faim, d'appétit et satiété

Faim, appétit et satiété sont des sensations, des signaux normalement associés à la séquence comportementale.

On les fera décrire par l'interrogatoire pour préciser s'ils interviennent ou non dans l'initiation, la poursuite et l'interruption de la prise alimentaire.

La faim

C'est le besoin physiologique de manger sans spécificité (c'est-à-dire sans orientation vers un aliment précis). C'est un ensemble de sensations secondaires à la privation de nourriture. La faim détermine la recherche de nourriture et l'heure de la prise alimentaire. Elle est souvent décrite comme un "creux", une sensation de "vide gastrique", elle est parfois accompagnée d'anxiété, d'irritabilité.

L'appétit

C'est l'envie de manger un aliment ou un groupe d'aliments définis. En général, ces aliments sont appréciés, le sujet en a déjà fait l'apprentissage et en attend une sensation plaisante. L'appétit inclut une anticipation en général agréable. L'appétit détermine la sélection et la consommation d'aliments spécifiques.

Le rassasiement

C'est la sensation éprouvée lors de l'établissement dynamique de la satiété au cours du repas. Le rassasiement détermine la fin du repas et contrôle son volume.

La satiété

La satiété est souvent décrite comme une sensation de plénitude gastrique et de bien-être. C'est l'état d'inhibition de la prise alimentaire. Elle dure jusqu'à la réapparition de la faim qui va initier la prise alimentaire suivante (et une nouvelle séquence comportementale).

Analyse des désordres de la prise alimentaire : les symptômes

Il faut ici bien distinguer ce qui est un symptôme, autrement dit une caractéristique particulière des conduites alimentaires et les syndromes, regroupement symptomatique d'une entité nosologique répertoriée. Par exemple, l'anorexie est un symptôme qui se rencontre dans différentes circonstances pathologiques ou non, mais "l'anorexie mentale" est un syndrome.

Ce sont les symptômes qui sont décrits ici sans préjugé de leur caractère pathologique ou non. Par exemple, il peut être normal de présenter une hyperphagie après un épisode infectieux, mais l'hyperphagie peut être le symptôme d'un syndrome anorexie-boulimie. Si nous insistons sur cette distinction symptôme/syndrome, c'est qu'il existe une tendance à confondre symptôme et syndrome. Pour simplifier, les symptômes sont classés selon qu'ils conduisent à une augmentation ou à une diminution de la prise alimentaire

Hyperphagies

Hyperphagie prandiale

L'hyperphagie prandiale correspond à une augmentation des apports caloriques au moment des repas. Elle peut être liée à :

- une augmentation de la faim ou de l'appétit,
- une sensibilité excessive au plaisir sensoriel associé aux aliments,
- un recul du rassasiement ou à l'absence de satiété,
- un dépassement de la satiété.

La tachyphagie, c'est-à-dire une rapidité particulière de la prise alimentaire, peut contribuer à l'hyperphagie de même que la tendance à consommer de larges portions. L'hyperphagie prandiale est souvent mal identifiée par les patients. Ceux-ci ont une conception de la "norme" alimentaire liée à leur apprentissage préalable (éducation alimentaire) et à leur propre représentation de ce qu'est une alimentation normale.

Hyperphagies extra-prandiales

Grignotage

Le grignotage est caractérisé par l'ingestion répétée, quasi automatique, de petites quantités de divers aliments non spécifiques sans ressentir de faim ou d'appétit, bien que les aliments consommés soient souvent jugés agréables. Il s'agit d'un comportement "passif" où la disponibilité des aliments, facilement accessibles, joue un rôle essentiel. Il s'associe fréquemment à une sensation d'ennui. Le grignotage est facilement admis par les patients, car il ne s'accompagne pas spécifiquement d'un sentiment de culpabilité. Sa quantification est souvent difficile du fait de son caractère passif, répété et automatique.

Compulsions alimentaires

Les compulsions alimentaires décrivent une consommation impulsive, brutale d'un aliment (ou une catégorie d'aliments) donné, souvent apprécié, en dehors des repas, typiquement en réponse à une envie plutôt qu'à la faim. Les épisodes s'accompagnent initialement d'un soulagement, voire d'un plaisir, puis d'un sentiment désagréable de culpabilité. La notion de compulsion est indépendante du volume de la prise alimentaire. Ces épisodes surviennent fréquemment en fin de journée en rapport avec l'angoisse vespérale, avec la perte du contrôle social lors du retour à domicile. Les compulsions sont fréquentes chez les patients sous régime. Les auteurs anglo-saxons, dans un registre proche, décrivent le "craving" ("urgence à manger") qui correspond à une envie impérieuse et intense de manger.

Accès boulimique

La crise ou accès boulimiques sont des prises alimentaires massives survenant en dehors des repas en l'absence de sensation de faim. Au cours de l'accès, le sujet ingère de grandes quantités de nourriture au-delà de toute satiété. La notion de perte de contrôle est essentielle. La qualité gustative des aliments est généralement indifférente. C'est en général la contenance gastrique qui constitue le facteur limitant le volume de la prise. Le sujet s'arrête à cause de l'apparition de douleurs gastriques ou par vomissements spontanés. Pendant les crises, le sujet est seul et le comportement boulimique est en général caché à l'entourage. Il est généralement conscient du caractère anormal de son comportement et ressent angoisse et honte.

Hypophagie

Anorexie

L'anorexie se définit par l'absence de faim ou de satiété à l'heure habituelle des repas. C'est le maintien d'un état d'inhibition de la prise alimentaire. Il faut distinguer l'anorexie du refus de manger chez des sujets qui perçoivent les signaux de faim. L'hypophagie peut être due à l'investissement particulier de la sensation de faim.

Comportements restrictifs

La restriction dite "cognitive" se définit comme "la tendance à limiter volontairement son alimentation dans le but de perdre du poids ou de ne pas en prendre". C'est une contrainte exercée de manière prolongée sur le comportement alimentaire. C'est un choix délibéré. Les modalités en sont variables : sauter un repas, jeûner, repas basses calories, etc.

Les autres symptômes

Bien d'autres symptômes peuvent être rencontrés : intérêts pour l'alimentation, vol, stockage, camouflage d'aliments, mâchonnement interminable, régurgitation (merycisme), conduites d'évitement des repas, etc.

Etude synthétique des troubles du comportement alimentaire

Tels sont les principaux symptômes. La question est de savoir s'ils sont banals ou pathologiques, s'ils s'inscrivent dans une pathologie du comportement alimentaire.

Du normal au pathologique

Un comportement alimentaire est considéré comme normal s'il satisfait sa triple fonction biologique, affective et relationnelle et contribue au maintien d'un bon état de santé.

Le comportement alimentaire peut être modifié dans de nombreuses circonstances. Il peut s'agir d'un mécanisme adaptatif. Tel est le cas de l'hyperphagie du diabète décompensé ou de l'hyperthyroïdie. On ne peut pas parler ici de pathologie *primitive* du comportement alimentaire. Ailleurs, le désordre alimentaire peut être le symptôme d'une maladie générale : par exemple l'anorexie du patient cancéreux.

Pour que l'on considère une caractéristique du comportement alimentaire comme une "pathologie du comportement alimentaire", les conditions suivantes doivent être requises :

- la conduite alimentaire diffère de façon importante sur le plan qualitatif ou quantitatif de la conduite habituelle des individus vivant dans le même environnement nutritionnel, social et culturel,
- la conduite alimentaire entraîne des conséquences néfastes sur la santé physique (obésité, dénutrition, carences) ou psychologique (sentiment d'anormalité, exclusion sociale, obsession, dépression...),
- la conduite alimentaire témoigne d'une difficulté existentielle, d'une souffrance psychologique ou d'une lésion du système biologique qui contrôle la prise alimentaire.

Le désordre du comportement alimentaire représente généralement une réponse répétitive, univoque, systématique à une situation de mal-être. Exceptionnellement, ces troubles peuvent être liés à des désordres organiques (tumeur de l'hypothalamus : y penser en cas de céphalées, troubles visuels, de manifestations endocriniennes). **C'est dire l'importance de l'examen clinique** qui doit inclure :

- une anamnèse pondérale et nutritionnelle,
- une évaluation de l'état nutritionnel et somatique,
- la recherche des conséquences pathologiques connues des troubles alimentaires (*tableau IV*),
- une évaluation psychologique,
- une évaluation de la situation sociale et économique,
- la recherche d'autres désordres comportementaux.

Les déterminants des troubles du comportement alimentaire sont multiples et souvent intriqués ; biologiques, psychologiques et sociaux. Les déterminants psychologiques peuvent être liés à une situation de mal-être, de méses-time de soi, de dépression, de restriction chronique. Le trouble du comportement alimentaire est un "passage à l'acte" qui apporte un soulagement transitoire. La dépression et l'impulsivité liée à la restriction sont des déterminants fréquents. Sur le plan biologique, il faut insister sur le rôle déclenchant ou facilitateur des régimes, de la restriction calorique. Celle-ci favorise l'impulsivité alimentaire, l'obsession alimentaire. Enfin, les déterminants socio-culturels sont liés à la pression sur l'idéal minceur. Il s'agit d'aider le patient à identifier les origines de ses difficultés psychologiques et de mettre à jour l'influence des régimes trop restrictifs. Faire décrire au patient les circonstances au cours desquelles le symptôme se manifeste est donc essentiel. Le carnet alimentaire aide dans cette démarche.

Pour approfondir

Les principaux syndromes

Anorexie mentale

C'est le syndrome le plus anciennement répertorié et décrit (*cf. infra*).

Signes cliniques

Les principaux signes (*tableau I*) sont en dehors de la conduite anorexique :

- peur intense de grossir qui ne diminue pas avec la perte de poids,
- trouble de l'image du corps, c'est-à-dire d'une impression décrite par le sujet d'être gros même quand il est émacié. La notion de déni est essentielle : la patiente "ne se voit pas" dénutrie ; elle affirme au contraire qu'elle doit perdre du poids, parce qu'elle est trop grosse,
- perte de poids d'au moins 25 % du poids initial, ou, si le sujet est âgé de moins de 18 ans, une perte de poids qui, additionnée à la prise de poids prévue par projection à partir des normes de croissance, équivaut à 25 % du poids,
- refus de maintenir le poids au-dessus d'un poids normal minimum,
- absence de toute affection somatique pouvant rendre compte de cette perte de poids.

Tableau I

Critères diagnostiques de l'anorexie mentale

- A. Refus de maintenir le poids corporel au niveau ou au-dessus d'un poids minimum normal pour l'âge et pour la taille.
 - B. Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, alors que le poids est inférieur à la normale.
 - C. 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.
 - D. Chez les femmes post-pubères, aménorrhée (absence d'au moins trois cycles menstruels consécutifs ou règles ne survenant qu'après traitement hormonal).
- Spécifier le type :
- type restrictif : pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale, le sujet n'a pas présenté de crises de boulimie ni recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs (*restricting type*),
 - type avec crises de boulimie, vomissements ou prise de purgatifs (*binge eating/purging type*).

Le diagnostic est facile en pratique clinique à un stade déjà avancé de la maladie. Il est quasi impossible de faire accepter initialement aux malades un objectif pondéral, même normal bas. La malade exprime un mal-être, est angoissée et plus ou moins déprimée. Aucun examen complémentaire n'est requis pour le diagnostic : si la malade refuse d'atteindre un poids même minimal ou de prendre 10 kg, le diagnostic est certain : il n'y a pas lieu de doser les hormones thyroïdiennes, ni de demander des explorations digestives complètes. En revanche, si la malade ne s'oppose pas à un projet de poids normal, le diagnostic est incertain : il faut s'assurer qu'il n'existe pas une autre affection, inflammatoire (VS, CRP), digestive (Crohn, maladie cœliaque) ou endocrinienne (hyperthyroïdie, insuffisance corticotrope). Surtout, il faut chercher des éléments qui conditionnent le pronostic :

1. vomissements et/ou crises de boulimie,
2. dénutrition et malnutrition,
3. gravité de la situation psychiatrique.

Attention : les marqueurs nutritionnels "usuels" sont en défaut : albuminémie, pré-albuminémie (transthyrétine), transferrinémie, hémoglobulinémie, fer sérique, calcémie, phosphorémie, ont longtemps une concentration plasmatique normale. Leur baisse est soit un signe de gravité certain, soit le signe d'une complication infectieuse de la dénutrition ou d'une affection associée.

Complications

Les complications et le pronostic sont avant tout le fait de la **dénutrition et des vomissements** (tableau II).

– **Dénutrition** : amyotrophie et déficit fonctionnel musculaire (muscles striés et notamment cardiaque ; muscles lisses digestifs : reflux gastro-œsophagien, ralentissement de la vidange gastrique, constipation).

– **Vomissements** : hypokaliémie et troubles du rythme cardiaque.

C'est pourquoi il faut différencier :

– **anorexie mentale restrictive** : la malade maigrit par le seul fait des restrictions alimentaires et de l'hyperactivité physique : le risque à court et à long terme est à la dénutrition et aux multiples carences en nutriments ;

– **anorexie boulimie** : la malade s'aide, pour maigrir, de vomissements et/ou de prise de laxatifs (ou diurétiques). Outre les risques ci-dessus, il faut craindre les troubles du rythme cardiaque liés à la dénutrition et aggravés par l'hypokaliémie (et autres déficits en minéraux).

Deux autres complications obèrent le pronostic :

– **Ostéopénie et ostéoporose** : l'ostéopénie touche près de 50 % des malades 5 ans après le diagnostic ; l'ostéoporose affecte près d'un tiers des malades après 10 ans d'évolution. Elle est fonction de la durée de la maladie, de la longueur de l'aménorrhée, de la réduction des apports énergétiques. Elle ne paraît pas pouvoir être prévenue par des apports de calcium et de vitamine D suffisants. Le déficit en hormones sexuelles et l'hypercorticisme relatif y participent sans doute, mais d'autres facteurs sont impliqués.

– **Hypofertilité**

Les autres complications sont :

- syndrome de Raynaud,
- potomanie : jusqu'à 8-10 l/j qui peut induire hyponatrémie et troubles de la conscience,
- rétention hydro-sodée,
- hypercorticisme modéré,
- profil hormonal de type "pré-pubertaire".

Pronostic

Le pronostic est lié à la dénutrition et à la survenue de boulimie. Dans la forme restrictive, 5 % des malades meurent de dénutrition après 10 ans d'évolution. Tout doit donc être tenté pour éviter une dénutrition majeure. Dans la forme "boulimique", 10 % des malades après 10 ans d'évolution dénutrition aggravée d'hypokaliémie. Au cours de la phase de sortie de la dénutrition, quand la malade aura accepté de reprendre du poids, des crises de boulimie peuvent apparaître ou réapparaître.

Tableau II
Manifestations somatiques de l'anorexie mentale et du syndrome boulimie

ANOREXIE	BOULIMIE
<ul style="list-style-type: none"> • Dénutrition infection • Ostéoporose • Anomalie de la régulation thermique • Hypercholestérolémie 	<ul style="list-style-type: none"> • Irrégularité menstruelle • Troubles ioniques • Intoxication à l'Ipéca
<ul style="list-style-type: none"> • Troubles ioniques • Bradycardie • Hypotension • Arythmie • Retard à l'évacuation gastrique • Constipation • Lithiases rénales • Œdèmes 	<ul style="list-style-type: none"> • Dilatation, rupture de l'estomac • Hypertrophie parotidienne
	<ul style="list-style-type: none"> • Œsophagite • Ulcération • Fausses-routes
	<ul style="list-style-type: none"> • Pneumopathie de déglutition

Physiopathologie

On retiendra :

• **le contexte psychologique** : dépression, manque de confiance, mésestime de soi, trouble de l'image de soi, difficultés relationnelles familiales. La malade se sent rassurée et affermie par la perte de poids. Le jeûne stimule les "hormones de stress" et une hypervigilance. A l'inverse, le repas entraîne faiblesse, somnolence qui accroissent l'angoisse. La dénutrition qui s'installe ralentit la vidange gastrique et le transit digestif, augmentant l'inconfort post-prandial. Elle diminue aussi le goût et les sensations hédoniques autour du repas et favorise le repli sur soi. Le déni de la réalité corporelle est un autre élément clé ;

• **la composition corporelle** : la perte de poids est autant de la masse maigre que de la masse grasse. Avec l'amaigrissement, l'ostéoporose se développe. En dessous d'un IMC de 15 kg/(m)², la rétention hydrosodée s'installe et marquera l'étape de renutrition : les œdèmes sont sources d'erreurs d'interprétation du poids pris : la prise de 2 kg d'eau en 3 jours sous régime normosodé normocalorique peut angoisser la malade et rassurer le médecin à tort !

• **l'adaptation énergétique** : la dépense énergétique (DE) de repos diminue avec la diminution de la masse maigre et la réduction des apports énergétiques ; la DE post-prandiale diminue avec la réduction des apports. L'activité physique peut être importante.

Boulimie nerveuse

Signes cliniques

Ce syndrome concerne généralement des sujets jeunes (des femmes, dans l'immense majorité des cas) présentant des crises boulimiques et maintenant un poids normal. Les critères diagnostiques du DSM-IV (manuel de diagnostic psychiatrique nord-américain) sont présentés dans le *tableau III*. Les points clés du diagnostic sont : la fréquence et la répétition des crises, l'association à des stratégies de contrôle du poids et la notion de perte de contrôle, l'angoisse et la culpabilité. La fréquence, les moments de survenue dans la journée, l'intervalle entre les crises varient d'un sujet à l'autre. La patiente boulimique est consciente du caractère anormal de son comportement alimentaire, mais ceci ne suffit pas à l'empêcher. Le maintien d'un poids normal s'explique par des comportements visant à annuler les effets de la prise alimentaire sur le poids, les plus courants étant les vomissements spontanés ou provoqués. Cette maladie est fréquemment associée aux troubles de la personnalité et nécessite toujours une prise en charge psychiatrique spécifique.

Le diagnostic peut être difficile, car les malades n'en parlent pas facilement. Il faut donc savoir mettre la malade en confiance et ne pas avoir l'air de la juger. Il faut chercher les facteurs de risque et les signes indirects : un regard très négatif sur l'alimentation, des propos comme "je ne mange rien" sont évocateurs.

Tableau III

Critères diagnostiques de la boulimie nerveuse

A. Survenue récurrente de crises de boulimie. Une crise de boulimie répond aux deux caractéristiques suivantes :

– absorption, en une période de temps limitée, 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 ;

– sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise (par exemple, sentiment de ne pas pouvoir s'arrêter de manger ou de ne pas pouvoir contrôler la nature ou la quantité des aliments consommés).

B. Comportements compensatoires inappropriés et récurrents visant à prévenir la prise de poids tels que vomissements provoqués, emplois abusifs de laxatifs, diurétiques, lavements ou autres médicaments, jeûne, exercice physique excessif.

C. Les crises de boulimie et les comportements compensatoires inappropriés surviennent tous deux, en moyenne, au moins deux fois par semaine pendant 3 mois.

D. L'estime de soi est influencée de manière excessive par le poids et la forme corporelle.

E. Le trouble ne survient pas exclusivement pendant des épisodes d'anorexie mentale.

Spécifier le type :

– type avec vomissements ou prise de purgatifs (*purging type*),

– type sans vomissement ni prise de purgatifs (*non purging type*).

Complications

Les risques somatiques sont liés aux vomissements et à leurs conséquences digestives et hydroélectrolytiques (*tableau II*).

Physiopathologie

Les troubles du comportement alimentaire sont l'expression d'un mal-être, dont ils représentent en quelque sorte la "réponse" : ils aident les malades à se sentir moins mal, même si l'effet est transitoire. En ce sens, ils agissent comme une conduite de dépendance. Quel que soit le trouble du comportement alimentaire, certains éléments sont souvent retrouvés : manque de confiance, perfectionnisme, maîtrise excessive, peur de "lâcher prise", problèmes d'identification, difficulté d'expression verbale et émotionnelle, pensée dichotomique, tendance au déni, attachement excessif à l'un des parents, peur de ne pas y arriver (à guérir, à vivre...).

C'est pourquoi le traitement de ces troubles conduit très fréquemment à des altérations de l'humeur : irritabilité, instabilité, troubles du sommeil, états dépressifs. En cas de boulimie (y compris dans la forme boulimique de l'anorexie mentale), ceci peut conduire à des tentatives de suicide : c'est le risque majeur.

Anorexie-boulimie

Des crises de boulimie peuvent être associées d'emblée ou secondairement au cours de son évolution à l'anorexie mentale. Elles en modifient le tableau clinique et le pronostic (*cf. infra*).

Binge eating disorder

La différence centrale avec la boulimie est l'absence de comportements compensatoires (vomissements, laxatifs, effort physique intense, etc.). De ce fait, c'est un trouble caractéristique du sujet en surpoids ou obèse. Son diagnostic repose sur des critères précis qu'il faut chercher à plusieurs reprises. La grille des diagnostics du DSMIV permet de guider le diagnostic (*tableau IV*). Cependant, il ne faut pas s'attacher de manière trop formelle aux critères proposés. Les éléments sémiologiques les plus importants sont :

– une prise alimentaire importante associée à une sensation de remplissage, c'est la notion de frénésie alimentaire (*binge eating*),
– la perte de contrôle de l'acte alimentaire que le malade traduit par "je ne peux pas m'en empêcher...", c'est plus fort que moi...".

Tableau IV

Binge eating disorder

A. Survenue récurrente de crises de boulimie. Une crise de boulimie répond aux deux caractéristiques suivantes :

– absorption, en une période de temps limitée, 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 ;

– sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise (par exemple, sentiment de ne pas pouvoir s'arrêter de manger ou de ne pas pouvoir contrôler la nature ou la quantité des aliments consommés).

B. Les crises de boulimie sont associées à trois des caractéristiques suivantes (ou plus) :

– manger beaucoup plus rapidement que la normale ;

– manger jusqu'à éprouver une sensation pénible de distension abdominale ;

– manger de grandes quantités de nourriture en l'absence d'une sensation physique de faim ;

– manger seul parce que l'on est gêné de la quantité de nourriture que l'on absorbe ;

– se sentir dégoûté de soi-même, déprimé ou très coupable après avoir trop mangé.

C. Le comportement boulimique est source d'une souffrance marquée.

D. Le comportement boulimique survient, en moyenne, au moins deux jours par semaine pendant 6 mois.

E. Le comportement boulimique n'est pas associé au recours régulier à des compensatoires inappropriés (vomissements provoqués, emplois abusifs de laxatifs, diurétiques, jeûne, exercice physique) et ne survient pas exclusivement au cours d'une anorexie mentale ou d'une boulimie.

Crises alimentaires nocturnes (night eating syndrome)

Ils sont une forme particulière d'hyperphagie. Les sujets se réveillent pour manger sur un mode compulsif ou boulimique. Il faut différencier ces prises alimentaires de celles de sujets insomniaques qui mangent parce qu'ils n'arrivent pas à dormir.

Bases de la prise en charge

La prise en charge doit être nutritionnelle et psychothérapeutique.

Quatre principes de base :

– définir un objectif pondéral cohérent et réaliste,

– prendre en charge la restriction alimentaire,

– traiter les complications somatiques,

– conduire à une prise en charge psychologique.

L'approche nutritionnelle est essentielle avec pour objectif :

• de corriger la malnutrition en fixant des objectifs pondéraux réalistes,

• de réduire la restriction alimentaire.

Dans l'anorexie mentale, il faut toujours avoir recours en premier lieu à un soutien nutritionnel par voie orale, sauf cas de dénutrition majeurs. Il faut alors avoir recours à la nutrition entérale discontinuée d'appoint incontournable quand la survie est en jeu.

Dans la boulimie, une approche comportementale (thérapie cognitive et comportementale) peut être indiquée :

• information sur les besoins énergétiques et sur les aliments,

• valorisation des matières grasses à un juste niveau,

• travail sur le comportement à table,

• mise en relation entre humeur et prise alimentaire (ou refus de prise alimentaire).

La psychothérapie de soutien a pour but d'aider les malades à lutter contre leurs angoisses et leur état dépressif face à la prise de poids (anorexie mentale) ou à la ré-introduction des repas (boulimie). Elle évoluera vers une psychothérapie plus explicative, qui travaillera sur les éléments vus ci-dessus. Les thérapies familiales ont une place importante.

Conclusion

Les troubles du comportement alimentaire sont fréquents et polymorphes. Ils doivent être systématiquement recherchés par un interrogatoire à la fois précis et non culpabilisant. Les TCA sont souvent "cachés", plus souvent mal identifiés que vraiment "déniés" par les malades. Le rôle du médecin est avant tout de les détecter et éventuellement d'orienter le patient vers des consultations spécialisées, de nutrition clinique ou de psychiatrie. L'intérêt porté à ces problèmes est récent et leur description sémiologique ainsi que leurs conséquences psychologiques sont encore un sujet de recherche clinique.

Pour en savoir plus

American Psychiatric Association. - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. DSM III (1980) IIR (1987) IV (1995) Paris, Masson 1983, 1989, 1996.

Le Barzic M., Basdevant A., Guy-Grand B. - Analyse clinique du comportement alimentaire. Traité de nutrition clinique. Flammarion Médecine Sciences, Paris, 2000.

Flament M., Jeammet P. - La Boulimie. Réalités et perspectives, Paris, Masson, 2000.

Jeammet P., Corcos M. - Désordres nutritionnels et pathologie psychiatrique. Traité de Nutrition clinique. Flammarion Médecine Sciences, Paris, 2000.

Le Barzic M., Pouillon M. - La meilleure façon de manger. Ed Odile Jacob, Paris, 1998.

Ledoux S., Choquet M. - Les 11-20 ans et leur santé. Les troubles du comportement alimentaire. La Documentation française - INSERM 1991.

Rigaud D. - L'anorexie mentale : un modèle de dénutrition par carence d'apport. Ann Méd Interne (Paris) 2000; 151 (n° 7), 549-55.

Rigaud D. - L'assistance nutritive dans l'anorexie mentale. In "Traité de Nutrition artificielle de l'adulte". Ed Leverve X, Cosnes J, Erny Ph, Hasselman M. Ed Mariette GUENA 1998; 891-900.