

## Troubles des conduites alimentaires

Dr S Guillaume  
Service de Psychologie Médicale  
[s-guillaume@chu-montpellier.fr](mailto:s-guillaume@chu-montpellier.fr)





## Introduction

- Un problème fréquent en pratique clinique
- Trois types de trouble identifiés:
  - L'anorexie
  - La boulimie
  - L'hyperphagie boulimique
- Un traitement difficile
  - mortalité de 5-20%
  - chronicité des troubles dans 30% des cas
- Complications métaboliques et séquelles psychosociales



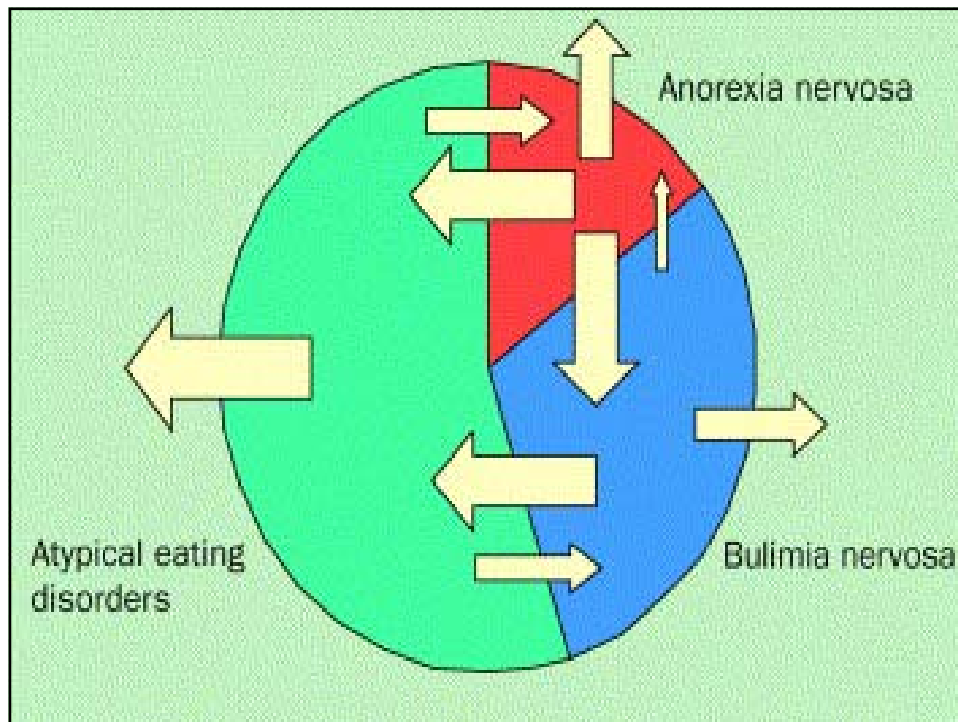
## Définitions (1)

- Anorexie mentale (*anorexia nervosa*): conduite active de restriction alimentaire en raison de la recherche acharnée de la minceur et de la peur de devenir gros.
- Boulimie (*bulimia nervosa*): épisodes de frénésie alimentaire (binge eating) accompagnés du sentiment de perte de contrôle et d'efforts pour contrôler son poids (comportements compensateurs).
- Un point commun: la préoccupation pathologique pour le poids et la forme et le désir de présenter une image corporelle mince.

## Définitions (2)

- Hyperphagie boulimique: épisodes de frénésie alimentaire (binge eating) sans préoccupations pour le poids, l'apparence et sans comportements compensateurs
- Binge eating: épisode de frénésie alimentaire marqué par l'ingestion de grandes quantités de nourriture en un temps limité avec la sentiment de perte de contrôle
- Comportements compensateurs : comportements visant à prévenir la prise de poids (ex: vomissements, prise de laxatifs, activité physique excessive)





Anorexie mentale  
(*anorexia nervosa*)





## Critère diagnostique (DSM IV)

- Refus de maintenir le poids corporel au dessus d'un poids minimum pour l'âge et la taille.
- Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros.
- Altération de la perception du poids ou influence excessive du poids sur l'estime de soi ou dénie de la gravité de la maigreur actuelle.
- Aménorrhée chez la femme post pubère
- 2 sous types:
  - Restrictif
  - Purging (avec boulimie / comportements compensateurs)

A retenir: La triade Anorexie ,Amaigrissement, Aménorrhée



## Epidémiologie

- Incidence annuelle de l'anorexie: 1 à 15 / 100 000 (fille) et 1.8 / 100 000 (garçon)
- Prévalence: 0.5% des jeunes filles
- Début à l'adolescence classique: 14-18 ans
- Sexe féminin dans plus de 90% des cas

## Etiologies (1)

- Facteurs socio-culturels
  - stigmatisation sociale de l'obésité
  - rôle des femmes (performance, contrôle): lien entre accomplissement personnel, réussite et minceur
- Facteurs familiaux
  - Histoire familiale de dépression, alcool, obésité, TCA
  - Facteurs génétiques évidents
  - Attitudes familiales et valeur symbolique de l'alimentation, du poids, de la forme



## Etiologies (2)

- Facteurs individuels
  - sentiments d'incapacité, de peur de perdre le contrôle
  - estime de soi dépendante de l'opinion des autres
  - mode de pensée "tout ou rien"
  - manque de spontanéité et de l'expressivité émotionnelle
  - obésité pré morbide (surtout dans l'anorexie boulimie)

## Tableau clinique (1)

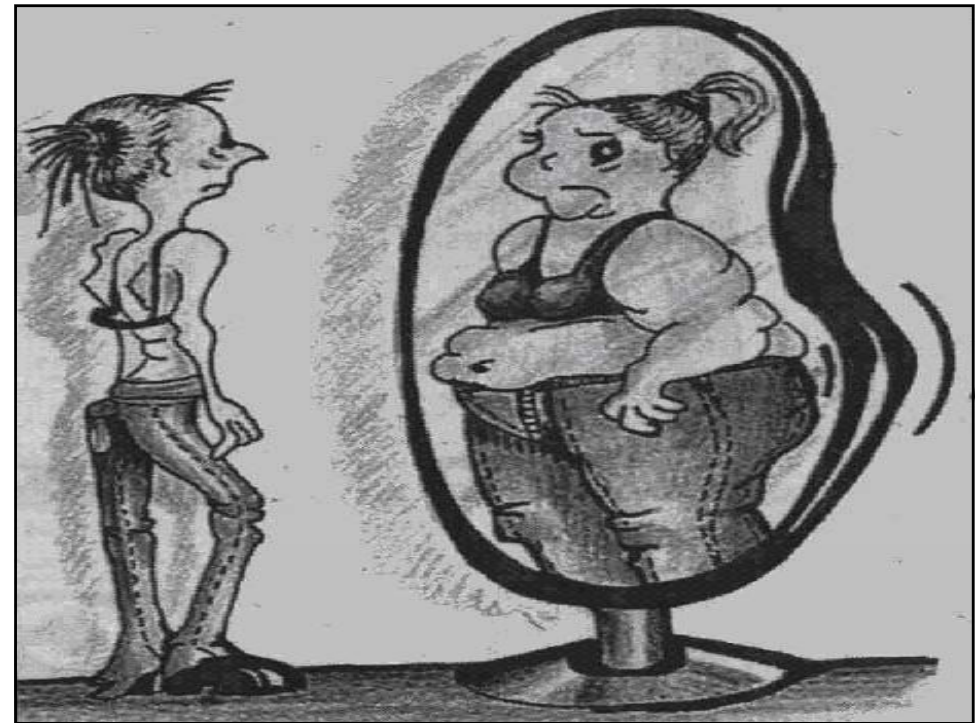
- Début par un régime typique d'adolescente
- Apparition du syndrome:
  - réévaluation répétée des buts (plus sévères)
  - pesées répétées
  - activité physique croissante
  - diminution des contacts sociaux
  - surinvestissement des activités
  - trouble de la perception du schéma corporel (trop gros, dégoût, anhédonie)
- Apparition d'un système obsessionnel concernant les activités quotidiennes et la nourriture



## Tableau clinique (2)

- Croyances magiques & interdictions / type d'aliment
- Déficit de concentration
- Modes de pensée caractéristiques (prémorbides)
  - pensée dichotomique "tout ou rien"
  - manque de spontanéité et de l'expressivité émotionnelle
  - manque de confiance, incompétence, besoin de contrôle
- Le désir de minceur est égo-syntonique: demandes de soins paradoxaux ou liée aux complications

A Retenir: Classiquement: chez une adolescente « modèle », peu de demande de soins par la patiente





## Examen clinique

- Interrogatoire: Poids de base, date dernière règle, modalité d'apparition du trouble, comportement alimentaire pré morbide, recherche d'épisodes de boulimie ou de comportements compensateurs.
- Examen Somatique: Poids, taille, BMI, recherche de signes de dénutrition
- Examen Psychiatrique: recherche de comorbidités psychiatriques (dépression, trouble anxieux, abus de toxiques)

## Bilan paraclinique

- NFS: leucopénie, anémie, rare thrombopénie
- Biochimie:
  - déshydratation (urée ↑)
  - enzymes hépatiques ↑
  - amylase ↑, Mg Ph et Zn ↓
  - vomissements: alcalose métabolique, hypochlorémie, hypokaliémie
  - laxatifs: acidose métabolique
  - ↑cholestérol, hypothyroïdie, estrogènes/testostérone ↓
  - rythme de la LH prépubère
- ECG (bradycardie), hypotension artérielle

A retenir bilan minimum : ECG, NFS, iono, urée, creat, protidémie, bilan hépatique, bilan thyroïdien, FSH, LH.



## Diagnostic différentiel

- Affection médicale
- Dépression, épisode délirant
- Somatisation
  
- Diagnostic de la perte de poids chez un sujet jeune
  - Crohn, Addisson, Hyperthyroïdie, diabète
  - schizophrénie, vomissements psychogènes, dépression

A retenir: toujours éliminer une anorexie secondaire

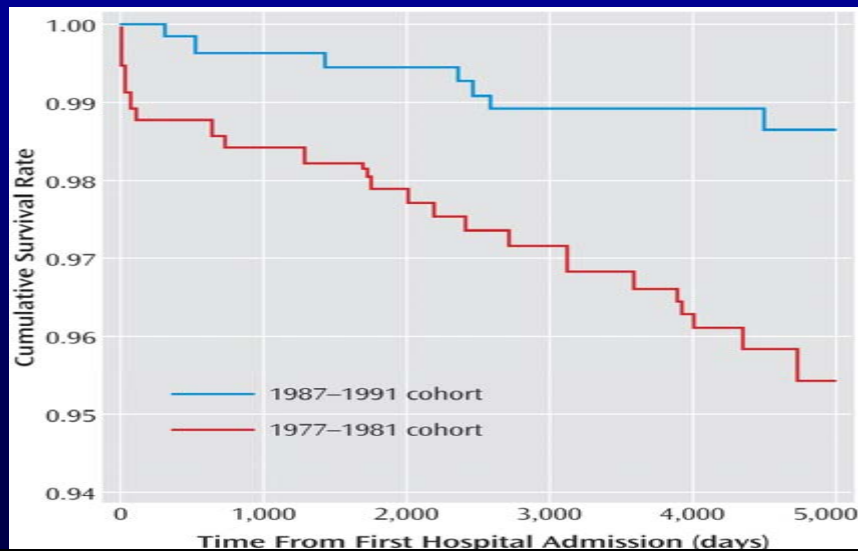
## Evolution & Pronostic

- 1/3: guérison, 1/3 amélioration, 1/3 mauvais (mort 5 à 20%)
- Bon pronostic:
  - age de début jeune
  - peu de dénie, peu d'immaturité, meilleure estime de soi
- Mauvais pronostic:
  - conflit parental, boulimie, vomissements / laxatifs
  - manifestations hystériques, dépressives, psychosomatique, obsessionnelles
- 30 à 50% sont anorexiques boulimiques (souvent dans les 18 mois)

A retenir: traitement long, compliqué



## De l'espoir...



## Prise en charge (1)

- La plus précoce possible
- Le plus souvent ambulatoire.
- Hospitalisation si désordre métabolique (risque de trouble du rythme), BMI trop faible ou échec de la prise en charge.
- Prise en charge de la patiente et de l'entourage ++.



## Prise en charge (2)

- Multidisciplinaire
  - Endocrinienne: renutrition, conseil diététique, correction des troubles métaboliques, surveillance du poids
  - Psychiatrique: psychothérapie d'inspiration psychodynamique ou cognitivo-comportementale, prévention des comorbidités psychiatriques
- Traitement psychotrope si dépression ou trouble anxieux marqué

## La boulimie (bulimia nervosa)



## Critères diagnostiques (DSM IV)

- Frénésies alimentaires, pulsions irrésistibles
  - quantité de nourriture > normale dans un temps limité
  - sentiment de perte de contrôle
  - améliore l'humeur dysphorique, suivi de mal être
- fréquence minimale de survenue
- Comportements compensateurs: vomissements provoqués & abus de laxatifs
- L'estime de soi est influencée de manière excessive par le poids

A retenir: pulsion irrésistible avec comportements compensateurs





## Epidémiologie

- Prévalence:
  - Boulimie: 1.5% des jeunes filles
  - formes mineures: 5-10% jeunes femmes
  - Sp occasionnels > 40% des collégiennes
- Début à l'adolescence classique: 14-18 ans
- Sexe féminin dans plus de 90% des cas
- Le terrain et les facteurs étiologiques sont les mêmes que dans l'anorexie
- La boulimie peut être
  - un symptôme d'une affection médicale
  - une composante de l'anorexie mentale
  - un syndrome autonome ("bulimia nervosa")



## Tableau clinique (1)

- Début après obésité, anorexie, abus de substances
- La peur morbide de devenir gros est la préoccupation psychologique principale
- Dégoût de soi ou de son corps plus grand que dans l'anorexie
- Binge eating:
  - déclenché par colère, anxiété, dépression, solitude
  - frénésie alimentaire hyper calorique
  - suivi de dysphorie et de culpabilité (rarement apaisant)
  - Typiquement suivi par efforts pour prévenir la prise de poids, restriction alimentaire extrême
- ☑ fluctuations pondérales importantes

## Tableau clinique (2)

- La boulimie englobe une large psychopathologie
  - peut être un trouble isolé
  - ou un trouble du contrôle des impulsions large
  - parfois vols d'argent ou de nourriture
  - secret et honte conduisent à l'isolement social
  - recherche d'aide plus fréquente que dans l'anorexie
- Souvent: dépression majeure, troubles anxieux, abus de substances



## Examen clinique / bilan paraclinique

- Interrogatoire: modalité d'apparition du trouble, comportement alimentaire pré morbide, fréquence des crises, quantifier les prises de nourriture et le type de comportements compensateurs, recherche d'antécédent d'anorexie.
- Examen clinique : à la recherche de complications liées aux vomissements, BMI
- Examen psychiatrique: évaluer les comorbidités (notamment la dépression, les prises de toxiques et les troubles de la personnalité)
- Examen paraclinique: Iono (éliminer une hypoK liée aux vomissements)

## Diagnostic différentiel

- Le diagnostic n'est pas porté quand les épisodes "binge / purge" existent uniquement pendant un épisode d'anorexie
  - Anorexie type purging
- Epilepsie, Tumeur SNC
- Syndrome de Klüver-Bucy
  - agnosie visuelle
  - léchage & morsures compulsives, reconnaissance des objets avec la bouche
  - hyperstimulation, hypersexualité, hyperphagie
- Syndrome de Kleine-Levin
  - hypersomnie périodique et hyperphagie

A retenir : bien différencier la boulimie de l'anorexie type purging





## Evolution & Pronostic

- 1/2 guérison, 1/4 s'améliorent, 1/4 inchangés
- Pronostic médical dépend des comorbidités psychiatriques éventuelles, de l'insight, de la qualité de l'entourage
- Parfois rémissions spontanées, avec rechutes ultérieures lors de stress

## Prise en charge

- En ambulatoire sauf si comorbidité aigue (ex: risque suicidaire).
- Multidisciplinaire
  - Endocrinienne: Conseil diététique, correction des troubles métaboliques, surveillance du poids.
  - Psychiatrique: psychothérapie cognitivo-comportementale, prévention des comorbidités psychiatriques.
- Médicament: ISRS à forte dose (ex: prozac)



## L'hyperphagie boulimique

- Crises de boulimie mais absence de préoccupations pour le poids et l'apparence par rapport à l'estime de soi
- Absence de comportements compensateurs
  - ☑ obésité
- Trouble fréquent dans la population:
  - 1,5-2% en population générale
  - 30% chez les obèses en traitement

