



Item69-Troubles des conduites alimentaires chez l'adolescent et l'adulte (voir item 251).

Objectifs CNCI		
- Diagnostiquer les troubles des conduites alimentaires chez l'adolescent et l'adulte - Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi des troubles des conduites alimentaires. - Connaître les principales anomalies métaboliques associées à ces désordres et leur prise en charge en aigu.		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
- CC Anorexie mentale / HAS / 2010 - Polycopié national: Troubles du comportement alimentaire de l'adulte	- Anorexie-amaigrissement-aménorrhée - Stratégies de contrôle du poids - Troubles psychiques associés - Anorexie restrictive / boulimique -Anorexie/ Amaigrissement / Aménorrhée - NFS / EPP / iono-créatine / ECG / B-HCG - C°: psy / somatiques / sociales / évolutives - Mise à distance: séparation initiale - PenC nutritionnelle / psychologique - Nutrition: RHE / renutrition prudente: Syndrome de Renutrition Inapproprié -Prodromes / accès boulimique / culpabilité - Psychothérapie: TCC / thérapie familiale - TCC pour boulimie: désarmorage	- risque suicidaire - Eliminer cause organique - Pesée et calcul de l'IMC - Stratégie de controle du poids : médicaments à arrêter - Retentissement: s. de gravité: hypokaliémie+++ - Pluridisciplinaire et globale - Contrat de poids

A. ANOREXIE MENTALE

Généralités

- **Définition**
 - Trouble de l'image du corps conduisant à une réduction des apports alimentaires
 - **!! NPC avec « anorexie-symptôme »**
 - Perte d'appétit secondaire à une pathologie somatique ou psychiatrique
 - Ex: pathologies chroniques (cancers, infections..) / dépression, etc.
- **Epidémiologie**
 - Prévalence = 1% des adolescentes dans PD / sex ratio: F >> H = x9
 - **!! Mortalité = 15-20%** (dénutrition et suicide ++)
- **Physiopathologie**
 - Pathologie **multifactorielle**: association de facteurs:
 - **Psychologiques** (rejet du corps / refus de la puberté)
 - **Biologiques** (leptine et ghréline) et génétiques
 - **Socio-culturels** (mythe social, contrainte professionnelle..)

Diagnostic

- **Examen clinique:**
 -
 - **Terrain**

- Typiquement: adolescente ou jeune fille / entre 12 et 20 ans
- Rechercher atcd familiaux / fratrie / atcd somatiques (hypoglycémies, etc)
- Anamnèse: ancienneté et mode de début / courbe de poids (max/min)
- Anamnèse
 - Antécédents psychiatriques / Coadditions
 - Ancienneté et mode de début
 - Histoire pondérale : courbe de poids (max/min) / IMC
 - Stratégie de contrôle du poids / Potomanie / Restriction hydrique
- Diagnostic positif = 3 éléments
 - Signes cardinaux (triade : « 3A »)
 - Anorexie
 - Restriction volontaire de l'alimentation initiale (≠ perte d'appétit)
 - Tris et rites alimentaires / accès boulimiques (puis vomissement) / pensées centrées sur l'alimentation
 - Amaigrissement
 - IMC +++ / souvent important et rapide / banalisé ou rationalisé
 - Corps d'aspect androïde / fonte des graisses (seins, joues)
 - Aménorrhée
 - Primaire ou secondaire (due à l'inhibition hypophysaire par HT)
 - !! Indifférence de la patiente vis à vis de l'aménorrhée
 - Stratégies de contrôle du poids
 - Restriction quantitative et qualitative (tri) drastique
 - Vomissements provoqués / hyperactivité sportive
 - Prise occulte de médicaments: diurétiques / laxatifs / hormones thyroïdiennes à arrêter (A savoir !)
 - Troubles psychiques associés (8)
 - Dymorphesthésie: trouble de la perception du corps
 - Dymorphophobie: peur de grossir ou d'être déformée
 - Dénier du trouble alimentaire et de ses conséquences (anosognosie)
 - Sous-estime de soi et traits obsessionnels fréquents
 - Isolement relationnel
 - Préservation voire hyperinvestissement scolaire
 - Rechercher crises boulimiques associées (cf infra)
 - Troubles comportementaux: sexualité altérée / hyperactivité physique / surinvestissement intellectuel
- Evaluation du retentissement: signes de gravité (A savoir !)
 - Retentissement somatique = dénutrition et carence
 - Carence protéique: oedème / escarres / immunodépression.. (cf item 110)
 - Autres signes carentiels: syndrome anémique / phanères fragiles / crampes / acrocyanose / frilosité, etc.
 - Troubles hydro-électrolytiques: DEC / hypocalcémie / hypokaliémie (risque de troubles du rythme (allongement du QT))
 - Retentissement: bradycardie (nocturne) < 40/min / hypoTA / hypothermie / malaise hypoglycémique / IRA fonctionnelle / carie..
 - Retentissement psychologique
 - Rechercher syndrome dépressif / anxiété et idées suicidaires +++ (A savoir !)
- Critères diagnostiques DSM-V
 - A. Restriction des apports énergétiques par rapport aux besoins à l'origine d'un poids significativement trop bas pour l'âge, le sexe, la trajectoire développementale et la santé physique. (=plus bas que le minimum attendu). Correspond globalement à un IMC < 17,5
 - B. Peur intense de prendre du poids ou comportements persistants pour éviter une prise de poids.
 - C. Altération significative de la perception de la forme ou taille du corps
 - !! En l'absence de pathologie somatique ou psychiatrique
 - Rq: le critère d'aménorrhée chez la femme pubère a été retiré de la classification.
 - Rémission partielle: persistance du critère B ou C, totale: plus aucun critère
- Examens complémentaires
 - Pour évaluation du retentissement +++ (A savoir !)
 - Ionogramme / urée-créatinine / bilan phospho-calcique
 - ECG (cf hypokaliémie sur vomissements)

- Albuminémie / pré-albuminémie / EPP
- NFS-P / TP-TCA / glycémie à jeun
- Bilan hépatique / bilan thyroïdien (TSH-T4)
- CRP / Ferritine (carence martiale)
- EOGD: sur point d'appel clinique
- Ostéodensitométrie: sur point d'appel clinique
- **Formes cliniques ++**
 - Anorexie restrictive pure: pas d'accès boulimique ni vomissement
 - Anorexie-boulimie : accès boulimiques / vomissements (50%)
 - Anorexie pré-pubertaire: aménorrhée primaire et retard staturo-pondéral
 - Anorexie masculine: rare / comorbidité psychiatrique fréquente
- **Diagnosics différentiels**
 - Pathologies somatiques (4)
 - Digestives: MICI (Crohn et RCH) / Sd de malabsorption / intolérance
 - Endocriniennes: insuffisance surrénale / diabète (D1) / hyperthyroïdie
 - Infectieuses: SIDA / tuberculose
 - Néoplasiques: tous les cancers (éliminer une tumeur cérébrale ++ : craniopharyngiome)
 - Pathologies psychiatriques
 - Troubles de l'humeur: dépression ++
 - Troubles anxieux: TOC / trouble phobique / trouble conversif
 - Psychoses: schizophrénie / délire chronique (dysmorphophobie..)
 - Addiction (cocaïne, amphet) et troubles de la personnalité

Evolution

- ◦ ■ **Histoire naturelle**
 - Evolution spontanée: !! rarement favorable → enkystement du trouble et complications
 - Evolution sous traitement: En gros: 1/3 de rémission – 1/3 de chronicité – 1/3 de C° (dont décès)
 - Mortalité de 20 %: 10% de causes psy (comorbidité addictive, suicide), 10% somatiques (hypokaliémie avec troubles du rythme++)
- **Facteurs de mauvais pronostic (7)**
 - Sexe masculin
 - Age tardif du début des troubles
 - Perte de poids importante
 - Délai tardif avant la prise en charge
 - Mécanismes purgatoires associés
 - Entourage familial non présent
 - Mauvaise compliance au traitement
- **Complications**
 - suicide: sur syndrome dépressif ++ / évaluer et prévenir le risque suicidaire (**A savoir !**)
 - psychiatriques: dépression secondaire / troubles anxieux / addictions
 - sociales: isolement et désinsertion social
 - évolutives: passage à la chronicité / récurrence / décès
 - somatiques (8)
 - dénutrition +++ et syndrome carenciel (cf item 110)
 - métaboliques: hypokaliémie / alcalose métabolique / hyponatrémie / hypoglycémie
 - digestives: caries / hypertrophie parotidienne / Mallory-Weiss / hépatite / oesophagite
 - ostéo-articulaires: ostéopénie / ostéoporose / retard de croissance
 - hématologiques: anémie carencielle / cytopénies aréogénératives / immuno-dépression (risque infectieux)
 - cardiologiques: hypoTA / bradycardie / hypo- ou hyperthermie / allongement du QT / valvulopathie..
 - uro-néphro: IR fonctionnelle hypovolémique / IU / diabète insipide..
 - gynécologiques: diminution de la fertilité / risque de prématurité ↑

Traitement

Prise en charge

- Prise en charge **pluridisciplinaire** et globale (**A savoir !**)
- **Hospitalisation en pédiatrie / médecine pour ado / psychiatrie ; libre ou contrainte (SPDT): pas de critère unique: combinaison de critères + leur évolution:**

-critères anamnestiques:

- perte de poids rapide (>2kg/semaine)
- aphagie complète
- restriction des apports hydriques
- malaises
- sensation de fatigue

-critères cliniques :

- IMC < 14kg/m² +++++
- ralentissement psychique, confusion
- signes d'occlusion
- bradycardie < 40bpm/tachycardie
- PAS<80mmHg
- hypothermie<35,5 ou hyperthermie

-critères paracliniques:

- cétonurie, hypoglycémie<0,6 g/L
- desordres hydro-électrolytiques, en particulier: hypokaliémie, hyponatrémie, hypophosphorémie, hypomagnésémie
- élévation de la créatinine > 100µmol/L
- cytolysse > 4 fois la normale
- leuco-neutropénie < 1000/mm³
- Thrombocytopenie < 60 000/mm³

- Remarque : si mineure: accord parental indispensable (pas d'HDT, OPP au besoin) (**A savoir !**)

Bilan pré-thérapeutique

- Mise à distance initiale du milieu familial: **séparation**
- Evaluer et prévenir le **risque suicidaire** (inventaire, etc) (**A savoir !**)
- Evaluation **nutritionnelle** par diététicienne (ingesta, enquête..)

Contrat thérapeutique + + +

- « **Contrat de poids** » : poids de sortie d'isolement / poids de sortie d'hospitalisation
- Renforceurs positifs (libertés) et négatifs (restriction si pas de prise de poids)

Prise en charge nutritionnelle (3)

- **Ré-équilibration hydro-électrolytique**
 - En urgence selon bilan paraclinique: cf **Troubles de l'équilibre acido-basique et désordres hydro-électrolytiques**.
 - Supplémentation pour correction des carences si besoin
- **Renutrition** (cf **Dénutrition chez l'adulte et l'enfant**)
 - Par voie orale (à toujours préférer) ou entérale (SNG) / +/- en urgence
 - **Prudente** et progressive (!! « refeeding syndrome » ou syndrome de renutrition appropriée: cytolysse hépatique / TdR)
- **Réducation nutritionnelle et diététique**
 - Bilan diététique avec nutritionniste / !! Apports normocaloriques
 - Restauration du rythme alimentaire / diversification progressive

Prise en charge psychologique

- Psychothérapie de soutien / cognitivo-comportementale (**TCC**) + + + (cf **Différents types de techniques psychothérapeutiques**.)
- Prise en charge **familiale** (thérapie **familiale** / éducation des parents) / **Information** des parents
- **Psycho-éducation** / ateliers-repas / thérapies d'affirmation de soi, etc.

Mesures associées

- !! Traitement médicamenteux: seulement si trouble psychiatrique associé
- Prise en charge **scolaire** si adolescente d'âge **scolaire** (PAI)
- Proposer adhésion à une association
- Prise en charge à **100%** (ALD)
- Arrêt du sport (dispense) / Arrêt des médicaments purgatifs

Surveillance

- **Clinique**
 - Courbe de **poids** / réévaluation régulière du **contrat** thérapeutique
 - Evaluation régulière de l'humeur (dépression) et du risque suicidaire
 - Puis au décours: suivi régulier avec pesée / recherche récidive et C°

- Paraclinique
 - Suivi nutritionnel par pré-albumine

B. BOULIMIE

Généralités, diagnostic

Généralités

- **Définition**
 - TCA avec ingestion de grandes quantités et stratégies de contrôle du poids
 - !! Remarque: si pas de stratégies de contrôle: c'est un binge-eating disorder (BED)
- **Epidémiologie**
 - !! Beaucoup plus fréquent que l'anorexie: 5% des adolescentes
 - Sex-ratio: F >> H = x9 / mortalité = 1%
- **Physiopathologie**
 - Pathologie multifactorielle: association de facteurs:
 - **Psychologiques**: compensation d'un trouble anxieux / comblement d'un « vide »..
 - **Socio-culturels**: carence identitaire / habitudes alimentaires sociales
 - **Biologiques** et génétiques: leptine et ghréline..
- Diagnostic
- **Examen clinique**
 - **Terrain**
 - Adolescente ou femme jeune / bonne insertion socio-professionnelle
 - !! Poids et IMC souvent normaux (bien que parfois augmenté)
 - **Diagnostic positif = 3 éléments**
 - **Crise boulimique (triade)**
 - **Prodromes**: « craving »: sensation irrésistible de faim / lutte anxieuse, etc.
 - **Accès boulimique**
 - Sentiment de perte de contrôle
 - Ingestion rapide / stéréotypée / cachée / en grande quantité d'aliments
 - **Résolution**: sentiment intense de honte et de culpabilité
 - **Stratégies de contrôle du poids**
 - Vomissements provoqués (non systématiques)
 - Laxatifs / diurétiques / jeûne / hyperactivité physique
 - **Troubles psychiques associés**
 - Conscience douloureuse du trouble (≠ anorexie !)
 - Dépréciation / impulsivité / auto-agressivité / « boulimie sexuelle » / faible estime de soi
 - **Conduites impulsives**: addictions (++) / kleptomanie / collectionisme
 - **Troubles de la personnalité**: personnalité borderline
 - **Evaluation du retentissement: signes de gravité (A savoir !)**
 - **Retentissement somatique**
 - Digestifs: RGO / pancréatite / UGD / mauvais état bucco-dentaire
 - Liés aux vomissements: syndrome de Mallory-Weiss / oesophagite peptique
 - Si crises non compensées (BED): diabète / hyperlipidémie / hyperuricémie
 - **Retentissement psychique**
 - Rechercher une dépression / évaluer le risque suicidaire
- **Critères diagnostiques DSM-V**
 - A. Crises de boulimie: ingestion incontrôlée et rapide de grandes quantités
 - B. Comportements compensatoires pour éviter la prise de poids (≠ BED) (vomissement, laxatif, sport...)
 - C. Répétition des crises et comportements compensatoires en moyenne au moins une fois par semaine pendant ≥ 3mois
 - D. Estime de soi excessivement influencé par la forme et le poids
 - E. Les crises ne surviennent pas de manière spécifique pendant des périodes d'anorexie mentale.
- Rémission partielle: persistance de certains critères mais pas tous / rémission totale: plus aucun

critère n'est présent.

- **Examens complémentaires**
 - **Pour évaluation du retentissement (A savoir !)**
 - Iono-urée-créatinine / bilan phospho-calcique
 - ECG de repos (cf hypokaliémie)
 - NFS-P / TP-TCA / glycémie à jeun
 - Albuminémie / pré-albuminémie / EPP
 - Bilan hépatique / bilan thyroïdien (TSH-T4)
 - EOGD: sur point d'appel clinique
- **Formes cliniques**
 - **Boulimie-anorexie:** si atcd d'épisode anorexique avec amaigrissement, etc.
 - **Etat de mal boulimique:** crises continues et incoercible: urgence médicale !
 - **Boulimie masculine:** rare / comorbidités psychiatriques (schizophrénie, TOC..)
- **Diagnostics différentiels**
 - **Binge eating disorder +++ :** « crises d'hyperphagie » mais pas de stratégies de contrôle
 - **Night eating disorder:** hyperphagie nocturne avec insomnie et réveils
 - **Hyperphagie secondaire**
 - **Cause organique:** tumeur cérébrale, endocrinopathie (D1)
 - **Cause psychiatrique:** accès maniaque / trouble psychotique

Evolution

- **Histoire naturelle**
 - Durée moyenne de 5 à 10 mois / passage à la chronicité dans 30% des cas
 - Risque de récurrence d'épisode boulimique / boulimie chronique paroxystique
- **Complications**
 - **suicide:** sur syndrome dépressif ++ / évaluer et prévenir le risque suicidaire (A savoir !)
 - **psychiatriques:** dépression secondaire / troubles anxieux / addictions
 - **sociales:** isolement et désinsertion social
 - **évolutives:** passage à la chronicité / récurrence / décès (mortalité = 1%)
 - **somatiques:** vomissements: hypokaliémie-alcalose / RGO-oesophagite ; diabète

Traitement

- - **Traitement**
 - **Prise en charge**
 - Prise en charge pluridisciplinaire et globale (A savoir !)
 - Arrêt de médicaments (purgé) / vomissements, etc.
 - **Hospitalisation en psychiatrie (plus rare que anorexie)**
 - Echec du Tt ambulatoire / état de mal boulimique
 - Complications somatiques ou psychiatriques (EDM et risque suicidaire)
 - **Bilan pré-thérapeutique**
 - Evaluation et prévention du risque suicidaire (A savoir !)
 - Evaluation nutritionnelle par une diététicienne
 - **Contrat thérapeutique +++**
 - Objectif = amendement des crises et des stratégies de contrôle du poids
 - (pas d'objectif de poids ici: le problème ce sont les crises)
 - **Prise en charge nutritionnelle**
 - **Rééquilibration hydro-électrolytique**
 - En urgence selon bilan paraclinique (ex: hypokaliémie, etc.)
 - **Réducation nutritionnelle et diététique**
 - Bilan diététique avec nutritionniste / !! apports normocaloriques
 - Restauration du rythme alimentaire / diversification progressive
 - **Prise en charge psychologique**
 - Thérapies cognitivo-comportementales (TCC): techniques de désamorçage ++
 - Psychothérapie de soutien: systématique
 - Thérapie familiale: toujours proposer

- Psycho-éducation / ateliers-repas / thérapies d'affirmation de soi, etc.
- Prise en charge corporelle / relaxation
- **Tt médicamenteux**
 - Seulement si syndrome dépressif associé à la boulimie nerveuse
 - Tt anti-dépresseur par IRS mais peu efficace (pas de bénéfice à 5ans)
- **Mesures associées**
 - Soutien familial +/- thérapie de groupe
 - Education du patient et de l'entourage
 - Proposer adhésion à une association
 - Prise en charge à 100% (ALD)
- **Surveillance**
 - **Clinique**
 - Récidive des crises / stratégies compensatoires
 - Etat de l'humeur / dépister un risque suicidaire

Synthèse pour questions fermées

Quelles sont les 4 particularités de l'anorexie mentale masculine ?

- BMI de départ plus haut
- Mauvais pronostic
- Hyperactivité physique prédominante
- Forme restrictive pure rare (association à boulimie fréquente)

Quels sont les 3 points essentiels du traitement de l'anorexie mentale ?

- Contrat de poids
- PEC nutritionnelle (attention au syndrome de renutrition inappropriée)
- Prise en charge psychologique