

TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES

A- INTRODUCTION

L'alimentation : déterminent biologique, psychologique, socioculturel.

Les Troubles des Conduites Alimentaires (TCA) se divisent en trois sous-groupes principaux :

- Une forme restrictive, c'est l'anorexie encore appelée anorexie mentale qu'elle soit volontaire, involontaire.
- Une forme en Excès : conduites boulimiques, hyperphagie, potomanie et dipsomanie.
Conduites alimentaires aberrantes : Coprophagie, bizarreries alimentaires.
- Les troubles des conduites alimentaires touchent une population très largement féminine ; les garçons exprimant leurs difficultés par d'autres conduites à risque.

B- L'ANOREXIE

I/ DEFINITION

□ Selon les critères diagnostics adoptés par la classification américaine des troubles psychiatriques :

« L'anorexie mentale se définit par le refus de maintenir le poids corporel au niveau ou au-dessus d'un poids minimum normal pour l'âge et pour la taille et une peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, alors que le poids est inférieur à la normale. »

II/ EPIDEMIOLOGIE

- Prédominance féminine : 9 cas/ 10.
- Age de prédilection : 15-24 ans. Pic de fréquence 13-14 ans et 18-20 ans.
- Prévalence : 1% des adolescentes.
- Population prédisposée : mannequins, hôtesses...
- Evolution en croissance en Algérie.
- L'anorexie mentale et la boulimie sont des pathologies graves avec une mortalité importante. 5 à 9 % de décès.

Les deux types d'anorexie

- Type restrictif.
- Type avec crises de boulimie – vomissements ou prise de purgatifs.

III/ LA CLINIQUE :

1) la triade des trois « A »

ANOREXIE : plus qu'une perte de l'appétit, il s'agit d'un refus délibéré de manger. Elle lutte contre la sensation de faim. Mesure strict des apports caloriques.

AMAIGRISSEMENT : supérieur à 15 % du poids du corps, il atteint fréquemment des proportions effrayantes. Souvent dissimulé. (Vêtements)

AMENORRHEE, primaire ou secondaire, l'arrêt des règles précède souvent l'amaigrissement et traduit déjà un état psychologique particulier. Constant et généralement réversible.

Caractéristiques de l'amaigrissement

- Important et rapide : entre 10 et 50 % du poids normal pour l'âge, parfois plus.
- Spectaculaire.
- Toujours secondaire à l'altération des conduites alimentaires. (restriction volontaire)
- Souvent complété par un appoint médicamenteux : prise de laxatifs, de diurétiques.

ANOREXIE MENTALE

BMI = P (KG)/T (m) 2

- 1) BMI < 14 : ZONE ROUGE
- 2) 14 < BMI > 18 : ZONE ACTIVE
- 3) BMI > 18 : SORTIE D'ANOREXIE
 - BMI inf à 18 : maigreur
 - BMI entre 18 et 25 : normal
 - BMI de 25 à 30 : surpoids
 - BMI de 30 à 35 : obésité
 - BMI sup à 35 : obésité morbide.
 - 30 % de décès pour un BMI inf à 11.
 - Risque vital sous 14 de BMI.

2) attitudes psychologiques particulières :

- la méconnaissance de la maigreur est constante : Dénier de la maigreur et de sa gravité.
- Préoccupations pondérales : une influence excessive du poids sur l'estime de soi.
- Préoccupations culinaires : pèse les aliments, cuisine pour les autres.
- Hyper investissement intellectuel et physique.
- Désintérêt pour la sexualité.

3) Signes physiques :

- Signes physiques de dénutrition
 - Des œdèmes de carence.
 - Les cheveux deviennent secs.
 - Les troubles circulatoires entraînent rougeur et cyanose des extrémités.
- Signes d'hypométabolisme
 - bradycardie, hypotension, hypothermie, malaise hypoglycémique

4) attitudes particulières à l'égard de la nourriture :

- Tri sélectif des aliments de plus en plus drastique.
 - Investissement croissant dans les préparations culinaires avec une volonté farouche de faire manger copieusement tous les membres de la famille, tout en refusant de s'alimenter soi-même.
 - De la nourriture à l'insu de tous, souvent retrouvée dans les poubelles, les toilettes, la chambre à coucher...
 - Consommation excessive, au cours des repas d'ingrédients acides, aigres ou pimentés : verre de vinaigre ou de jus de citron pur avant les repas, piment fort à outrance...
- Le but recherché est double : diminuer l'absorption des graisses au cours de la digestion et altérer la saveur des aliments.
- Vomissements réguliers (long passage aux toilettes après les repas).
 - Prise de laxatifs et purges réitérées.

5) dysfonctionnement intellectuel

- Surinvestissement des apprentissages scolaires ou universitaires : révisions nocturnes, travail continu le week-end et les jours fériés, sans repos compensateur...
- Surinvestissement sportif débordant habituellement en nocturne (gymnastique dans la chambre).
- Réduction des heures de sommeil.

6) la vie relationnelle :

- Perte des contacts extérieurs et repli de plus en plus massif sur l'environnement familial.
- Souci constant du bien-être de l'entourage familial, confinant à la tyrannie.
- Nécessité de rester « coller » à certaines figures de la cellule familiale (souvent adhésivité à la mère) et recherche d'une réassurance dans la permanence du cadre familial à ses côtés.
- Constitution d'une tension familiale grandissante, en particulier focalisée autour des repas et de tout ce qui concerne l'alimentation.

7) Bilan biologique

Devant une suspicion d'Anorexie mentale, il faut faire un bilan biologique minimum pour éliminer un autre diagnostic et rechercher des complications.

Ce bilan comporte :

NFS VS, CRP

Glycémie,

Natrémie, Kaliémie, Créatinine

Calcémie, Phosphorémie,

Cholestérol

Transaminases si le BMI est bas

IV/ DIAGNOSTIC POSITIF

- Triade symptomatique.
- Signes psychologiques spécifiques.
- Signes somatiques de carence.
- Absence de troubles psychiatriques majeurs, de pathologie organique.

V/ DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

- Affections organiques :
- Pathologies tumorales, infectieuses, métaboliques digestives.
- Maladie de Sheehan, syndrome de Turner.
- Affections psychiatriques :
- Etat dépressif, dépression mélancolique.
- Schizophrénie, autres délires chroniques.
- Troubles névrotiques : troubles phobiques, TOC (restriction alimentaire sélective), hystérie (refus alimentaire théâtrale).

VI/ PRONOSTIC

Bon pronostic

-Femme

-Adolescent

-Anorexie restrictive pure

-Terrain : bonne adaptation, bonne dynamique familiale, sensation de faim

-Traitement précoce, coopération du patient et de l'entourage.

Mauvais pronostic

-Homme

-Pré puberté ou âge tardif

-Anorexie avec boulimie

-Terrain : personnalité limite, isolement, ancienneté des troubles, déni, dysmorphophobie.

-PEC tardive, mauvaise compliance.

VII/ COMPLICATIONS

Elles peuvent être lourdes en termes de morbi-mortalité

1 - Complications cardiaques

- troubles du rythme cardiaque secondaire à des troubles ioniques
- cardiomyopathie non obstructive si dénutrition importante (sans régression avec la guérison)

2 - Complications digestives

- Les vomissements chroniques peuvent entraîner œsophagite, syndrome de Mallory-Weiss, syndrome de Boerhave : rupture œsophagienne secondaire aux vomissements.
- Dilatation aiguë de l'estomac pouvant être secondaire à une crise de boulimie ou à une réalimentation forcée. Elle réalise un tableau d'occlusion digestive haute avec risque de rupture gastrique.
- Syndrome de la pince méésentérique - le 3^{ème} duodénum est coincé entre l'aorte et l'artère méésentérique, entraînant un tableau d'occlusion digestive haute.
- Hépatite. Pancréatite

3- Complications neurologiques

Diminution de la concentration et de l'attention.

Crise convulsive en cas d'hypoglycémie ou d'intoxication par l'eau.

Neuropathies : carencielles si dénutrition importante.

4 - Complications osseuses

L'ostéopénie est fréquente et peut se compliquer de tassements vertébraux, (notamment après 5 ans d'évolution).

Ostéoporose (ostéodensitométrie)

5 – Complications biologiques

Hypo ou hyper natrémie, hypokaliémie, augmentation de la créatinine (insuffisance rénale fonctionnelle), hypoglycémie, hypophosphorémie, hypomagnésémie, hypercholestérolémie, hyperamylasémie.

Anémie, leucopénie, thrombopénie.

VIII/ EVOLUTION C'est une pathologie grave.

1- Evolution favorable :

Guérison : 30 à 50 % des cas.

2- Evolution défavorable :

- Mort (5-9 % des cas) : dénutrition, troubles de conduction.
- Rechutes (50 % des cas) : succession d'épisodes anorexiques avec ou sans épisodes boulimiques.
- Chronicisation si évolution plus de 4 ans.
- Dépressions, TS.
- Complications somatiques : digestives++

Globalement :

1/3 guérit,

1/3 évolue sur un mode plus ou moins chronique

1/3 s'aggrave progressivement

IX/ TRAITEMENT

-Urgence médico-psychiatrique.

-Approche globale : somatique, psychologique, familiale.

1- Hospitalisation

- En réanimation : dénutrition grave.
- En psychiatrie : souvent nécessaire :

- Isolement de la patiente.
- Etablissement de contrat (contrat de poids).
- Réalimentation progressive.

2- Psychotropes

- Antipsychotiques atypiques (Zyprexa*) : troubles graves avec déni.
- Antidépresseurs : si dépression associée.

3- Psychothérapie

- Psychothérapie d'inspiration analytique : troubles de la personnalité, déni des troubles, rechutes fréquentes.
- Psychothérapie comportementale.
- Thérapie familiale.

C-LA BOULIMIE

I/ DEFINITION

- La **boulimie** ou **bulimia nervosa** (du grec " grande faim dévorante ") se définit par la survenue récurrente de crises pluri-hebdomadaires durant lesquelles la jeune fille absorbe, en une période de temps limité, des quantités de nourriture très largement supérieures à la normale.
- Sont associées parfois des vomissements ou des prise de médicaments pour éviter la prise de poids.

II/ EPIDEMIOLOGIE

- Age de début : 18-21 ans.
- Sexe ratio : 4 à 6 femmes / 1 homme.
- Prévalence chez les adolescentes : 4 à 5 %.
- 50 % des anorexiques font au moins un épisode boulimique.

Il y a deux formes distinctes :

- Les formes compulsives impulsives : il y a un besoin urgent de la crise et ne peut pas s'y soustraire, associée à des troubles de la personnalité (10 %), à des traumatismes sexuels (30%), à d'autres addictions (10 %), Le traitement en est difficile.
- Les formes compulsives non impulsives : la crise est programmée, Il n'y a en règle pas de pathologie associée. Le traitement en est plus facile.

III/ LA CLINIQUE

On décrit classiquement trois phases dans le déroulement de l'accès :

1- la phase prodromique.

- Excitation préalable : le sujet ressent une vague sensation envahissante et oppressante de faim, accompagnée d'angoisses et d'irritabilité.
- Besoin impérieux de nourriture.
- Lutte anxieuse contre les pulsions ressenties.

2- L'accès boulimique :

Il s'agit d'une surconsommation alimentaire brutale, sans sensation de faim, sans sensation de plaisir.

- . Incontrôlable
- . Impérieuse
- . Irrépressible
- . Irréversible

- hypercaloriques, peu protidiques, faciles à ingérer (de 3500 à 20 000 calories par accès)
- En cachette (chambre, cuisine, toilettes)

- Rapide (crise inférieure à deux heures) : voracité, absence de mastication allant parfois jusqu'à l'étouffement.

3- Fin de l'accès : phase résolutive.

La fin survient lorsque la patiente n'a plus rien à manger, a mal au ventre, se sent étouffée, lorsqu'elle est interrompue par un événement extérieur.

Elle ressent le plus souvent un profond malaise :

- *Physique* : douleurs et pesanteur abdominales, nausées, céphalées, fatigue intense.

- *Psychique* : honte, remords, culpabilité, autodépréciation, mépris de soi-même, impression d'être difforme ou d'avoir perdu le contrôle de soi.

Cette sensation de malaise est souvent suivie par des vomissements provoqués puis réflexes.

S'y associent d'autres comportements compensatoires inappropriés visant à empêcher la prise de poids : emploi abusif de laxatifs, de diurétiques, de lavements ou autres médicaments, jeûne, exercice physique excessif.

SIGNES ASSOCIES

Conscience du trouble

Préoccupation pondérale et physique.

Trouble de la sexualité : désintérêt ou « boulimie » sexuelle.

Dimension dépressive.

Problèmes financiers.

IV/ COMPLICATIONS SOMATIQUES

Modification pondérale : obésité ou amaigrissement

Troubles des cycles menstruels

Complications dues aux vomissements : hypertrophie des parotides, lésions buccodentaires, oesophagite, troubles métaboliques : hypochlorémie ou hypokaliémie.

V/ DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

La phagomanie : habitude de grignoter entre les repas, non motivée par la faim,

La voracité et la glotonnerie : désir ardent et insatiable de manger sans prendre le temps d'apprécier,

Les hyperphagies habituelles et familiales. Elles n'ont pas de signification univoque. Elles se rapportent :

- soit à une hyperphagie sans problème émotionnel, liée à des habitudes alimentaires ou à des facteurs héréditaires,

- soit à des hyperphagies réactionnelles compensatrices (notamment sur le fond dépressif).

La potomanie : besoin permanent et difficilement contrôlable d'ingérer de grandes quantités de liquides, de l'eau le plus souvent.

Souvent en lien avec une personnalité pathologique.

Le pica : absorption de substances non nutritives.

La coprophagie : absorption d'excréments.

VI/ TRAITEMENT

1- Hospitalisation

• Suicide.

• Electrolytes très perturbés.

• Echec du traitement.

2- Psychotropes

• Fluoxétine (Prozac*) : 20-60 mg/jour. Effexor

3- Psychothérapie

- Psychothérapie cognitivo-comportementale :
- Acquisition d'un nouvel apprentissage de la conduite alimentaire.
- Psychothérapie d'inspiration psychanalytique :
- Indication chez les boulimiques anorexiques.
- Thérapie de groupe.

D-CONCLUSION

- Intérêt d'un diagnostic précoce des troubles des conduites alimentaires.
- Eliminer une organicité.
- Complications graves : somatique (digestives), psychiatriques.
- PEC : collaboration entre psychiatre et somaticien.