
TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES

Plan du cours:

- 1-Introduction-définition
- 2-anorexie mentale:
 - a-définition
 - b-épidémiologie
 - c-clinique
 - d-formes cliniques
 - e-examens biologiques
 - f-Diagnostic positif
 - g-Diagnostic différentiel
 - h-Psychopathologie
 - i-Evolution-pronostic
 - k-Traitement
- 3-La boulimie
 - a-définition
 - b-épidémiologie
 - c-clinique
 - e-diagnostic différentiel
 - f-psychothologie
 - g-évolution-complication
 - h-pronostic
 - i-traitement

Introduction-définition:

- Les troubles de conduites alimentaires se caractérisent par :des perturbations persistantes de l'alimentation ou du comportement alimentaire entraînant un mode de consommation pathologique ou une absorption de nourriture délétère pour la santé physique ou le fonctionnement social.
- Les troubles des conduites alimentaires se divisent en 3 sous groupes:
 - Une forme restrictive : c'est l'anorexie mentale.
 - Une forme en excès: boulimie, hyperphagie , potomanie et dipsomanie.
 - Conduite alimentaire aberrante : pica , mérycisme(=Régurgitation répétée de la nourriture qui survient après un repas).

I-ANOREXIE MENTALE :

1) Définition :

L'anorexie mentale essentielle est une conduite de restriction alimentaire (lutte active contre la faim) par rapport aux besoins conduisant à un poids significativement bas compte tenu de l'âge du sexe du stade de développement de la santé physique .

Associé à une peur intense de prendre du poids ou de devenir gros alors que le poids est significativement inférieur à la normale.

2) Epidémiologie :

- Touche avec prédilection les adolescentes entre 15 et 20 ans.
- Atteint les classes sociales aisées. Surtout les mannequins de mode, les hôtesse, etc....
- Le sexe ratio : un homme pour 9 à 11 femmes.
- Sa prévalence:0.3%.
- C' est une pathologie grave avec une mortalité importante : 9,6% de décès.

3) Clinique :

On retrouve souvent certains facteurs déclenchant avant l'installation de l'anorexie :

- Séparation avec la famille (séjour à l'étranger).
- Départ d'un membre de la fratrie avec lequel la patiente a une relation privilégiée.
- Relation amoureuse.
- Echec ou succès à un examen.

A. Triade symptomatique :

*Installation progressive chez une adolescente de 12 à 20 ans de la triade Anorexie-Aménorrhée-Amaigrissement.

a-anorexie mentale : c'est un refus volontaire de toute alimentation .

Cette conduite diffère de l'anorexie simple ou il ya simplement perte ou diminution de la faim.

b-Aménorrhée : Elle est primaire ou secondaire suivant l'installation avant ou après la puberté.

c-Amaigrissement : est :

.Important et rapide : entre 10 et 50% du poids normal pour l'âge parfois plus

.Spectaculaire.

.Souvent complété par un appoint médicamenteux : prise de laxatifs ou de diurétiques.

-L'attitude de la patiente par rapport à son amaigrissement est caractéristiques : banalisation ou dissimulation.

B. Signes caractéristiques du conflit psychique de l'anorexique :

*Attitude aberrante vis-à-vis de la nourriture, de sa santé : restriction active de l' l'alimentation ; des vomissements provoquées post-prandiaux ; un abus de laxatifs, de lavements ou de diurétiques.

*Perturbation de l'image du corps : dysmorphophobie : crainte ou peur permanente de grossir.

*attitude de déni à l'égard des troubles : anosognosie : une attitude de méconnaissance et d'indifférence macabre à sa maigreur.

*hyperactivité et surinvestissement moteur : danse, aérobique, gymnastique, jogging, marche prolongée...les sujets méconnaissent toute sensation de fatigue et peuvent mourir d'épuisement.

*affectivité bloquée : vie sexuelle inexistante.

*surinvestissement intellectuel : brillants résultats scolaires. Mais capacités imaginatives faibles.

C. Signes somatiques :

sont ceux d'un état carenciel.

.signes de dénutrition :

-aspect cadavérique : Fonte musculaire, yeux enfoncés dans les orbites, Faciès ridé, Joues creuses, effacement des fesses, des seins.

-Phanères : cheveux ternes et secs, ongles striés, cassants, Œdèmes de carence (cheville, périorbitaire)

-Constipation.

.troubles cardio-vasculaire :

-Peau violacée, froide, et moite

-Tension artérielle basse par hypo volémie.

.divers : hypertrichose, hypothermie constante, altérations dentaires.

4) Formes cliniques:

1- Type restrictif : obtenu par le régime le jeune et/ou l'exercice physique.

2-Type accès hyperphagiques/ purgatif : pendant les trois derniers mois la personne a présenté des accès récurrent d'hyperphagie et/ou a recours à des vomissements provoqués ou à des comportements purgatifs (laxatifs, diurétique lavement)

* Le seuil de sévérité chez les adultes est établi à partir de l'indice de masse corporelle (IMC).

+ Léger = $IMC \geq 17 \text{ kg/m}^2$.

+Moyen = $IMC 16-16,99 \text{ Kg/m}^2$.

+ Grave = $IMC 15-15,99 \text{ Kg/m}^2$.

+ Extrême = $IMC < 15 \text{ Kg/m}^2$.

5) examens biologiques :**-signes de dénutrition :**

.hypoglycémie, hypo protidémie, anémie.

.hypokaliémie bien toléré (par vomissement, prise de laxatif ou de diurétiques , carence d'apport.)

.anémie hypochrome, leucopénie, augmentation de lymphocytes.

-signes d'atteinte haute secondaire : hypogonadisme important : Au maximum apparait un tableau de pan-hypopituitarisme secondaire.

.prégnandiol et œstrogène urinaire effondrés.

.LH : disparition du pic de LH (profil pré pubertaire).

.FSH : voisine de la normale.

.déficit partiel en hormone antidiurétique.

-thyroïde :

.métabolisme de base diminué : T3 basse, T4 et TSH normales.

.cholestérol augmenté.

6) diagnostic positif :

est portée devant :

- la triade symptomatique (anorexie, aménorrhée, amaigrissement).
- les signes spécifiques psychologiques.
- Les signes somatiques de carence.
- les signes négatifs :
 - .l'absence de pathologie psychiatrique patente.
 - .l'absence de pathologie médicale.

7) diagnostic différentiel :

- Les différents diagnostics différentiels sont éliminés devant: l'absence des signes spécifiques du conflit psychique de l'anorexie mentale.

***pathologies psychiatriques :**

- délire chronique.
- dépression simple ou mélancolique.
- schizophrénie.
- pathologie phobique, obsessionnelle, ou hystérique.

***pathologies médicales :**

- Les cancers, infections (tuberculose évolutive),
- Syndrome démentiel,
- Maladie de crohn, diabète insulino-dépendant, hyperthyroïdie, maladie d'Addison.

8) Psychopathologie :

- situation de dépendance à l'égard de la mère : la mère projette sur sa fille l'image d'une enfant imaginaire sans individualité propre.
- Parentification des enfants : les enfants doivent rassurer, conforter les parents dans un rôle de « parent idéal ».

9) Evolution et pronostic :

-favorable : guérison : 50 à 60 % des cas .

-Défavorable :

- .la mort : 5 à 9% des cas.
- .rechutes fréquentes : 50%des cas.
- .chronicisation : lorsque l'évolution dépasse 4 ans.

-pronostic mauvais: si retard de la mise en route de la thérapeutique, le déni du trouble.

10) traitement :

-Urgence médico -psychiatrique.

1-hospitalisation:

- En réanimation : dénutrition grave.
- en psychiatrie : souvent nécessaire
- isolement de la patiente
- un contrat de poids est établi.
- une réalimentation : progressive

2-psychotropes:

- antipsychotique atypique : Zyprexa*:trouble grave avec déni.
- antidépresseurs: si dépression associée.

3-psychothérapie:

- .psychothérapie cognitivo-comportementale.
- .psychothérapie familiale.

II-BOULIMIE :

1-définition :

c'est la survenue récurrente d'accès hyperphagiques : absorption en une période de temps limitée d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorbées en une période similaire et dans les mêmes circonstances, avec un sentiment de perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise.

2-Epidémiologie:

- Sa prévalence:1% en population générale.
- 7.4% de décès.

2-signes cliniques :

A-Accès boulimique :-3 phases :

*phase prodromique, d'excitation préalable : une vague sensation envahissante et oppressante de faim accompagnée d'angoisse, d'irritabilité

*accès proprement dit : survenue brutale de surconsommation d'aliments hypercaloriques, peu protidique, facile à ingérer, en cachette (chambre, cuisine, toilette), accompagné de plaisir, rapide (crise inférieure à 2heures) : voracité, absence de mastication allant parfois jusqu'à l'étouffement.

*fin de l'accès : survient lorsque la patiente n'a plus rien à manger, se sent étouffer ou lorsqu'elle est interrompue par un évènement extérieur.

Elle ressent souvent un profond malaise:

- physique : douleurs et pesanteur abdominale ,nausée , fatigue intense.
- psychique: remords et culpabilité, mépris de soi , et sentiment d'avoir perdu le control.

B-Comportements compensatoires inappropriés et récurrents: visant à prévenir la prise de poids tels que : vomissements provoqués ; emploi abusif de laxatifs, diurétiques ou autres médicaments ; jeûne ; exercice physique excessif.

C- Les accès hyperphagiques et les comportements compensatoires inappropriés surviennent tout les deux, en moyenne, au moins une fois par semaine pendant 3mois.

3-diagnostic différentiel :

A-hyperphagie secondaire à des causes organiques : tumeur cérébrale frontale, épilepsie partielle, syndrome démentiel, endocrinopathie .

B- hyperphagie secondaire à des pathologies psychiatriques :

- Accès maniaque, schizophrénie, équivalent dépressif, équivalent névrotique.
- grignotage : ingestion répétée de faible quantité de nourriture en dehors des repas réguliers.il grignote en cachette mais sans culpabilité.

-hyperphagie : surconsommation alimentaire pendant le repas sans caractère incoercible, incontrôlable. Elle mène souvent à l'obésité.

4-Psychopathologie :

-Absence de relation sécurisante avec la mère du fait d'évènements précoces(dépression maternelle , naissance d'un autre enfant , séparation..etc) chez des sujets vulnérables.

-Une image du corps insatisfaisante avec un défaut d'estime de soi.

5-Complication et évolution:

*Evolution :

-Des troubles du cycle menstruel de tout type : aménorrhées, ménométrorragies.

-une hypertrophie des parotides.

-les conséquences des vomissements répétés :

.alcalose, hypokaliémie, déshydratation extracellulaire.

. Atteinte stomatologique irréversible : atteinte de l'émail dentaire, caries, gingivites.

.Ulcération buccale, pharyngée, œsophagite, reflux, gastrite.

-des conduites suicidaires, toxicomaniaques.

-des épisodes dépressifs.

6-Pronostic :

-Chronicité : 30% des cas.

-L'adaptation sociale des boulimiques est altérée.

7-Traitement :

Hospitalisations:

-suicide

-électrolytes très perturbé.

-échec thérapeutique.

- Psychothérapie: en ambulatoire

-Thérapie cognitivo-comportementale :tout en insistant sur le renforcement de l'image de soi.

-Relaxation : peut aider à diminuer l'anxiété avant les repas ou les crises boulimiques entre les repas.

-Thérapie familiale et de groupe.

Traitements médicamenteux :

-un antidépresseur: la venlafaxine : inhibiteur mixte de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline .