

# Les troubles des conduites alimentaires : l'anorexie mentale et la boulimie

Pr SEGHIR

## I. Introduction

Se définissent comme des perturbations importantes et durables de la prise alimentaire, le plus souvent en association avec d'autres comportements pathologiques ayant un effet délétère pour la santé physique ou le fonctionnement social.

L'anorexie mentale et la boulimie sont deux formes contraires : la restriction avec l'anorexie mentale et l'excès avec la boulimie. Cependant, ces deux groupes de troubles sont intriqués et il existe un continuum entre les formes restrictives et boulimiques.

## II. Épidémiologie

- La prévalence de l'anorexie mentale chez les jeunes femmes est d'environ 0,4 %.
- La prévalence de la boulimie est de 1 à 1,5 % chez les jeunes femmes.
- Ces 2 troubles sont plus fréquents chez les femmes avec un sex-ratio de 1H/10F.
- Débutent habituellement à la période de l'adolescence, entre 12 et 18 ans, au moment où apparaissent les transformations corporelles de la puberté.

## III. Clinique

### A. Anorexie mentale

#### 1. Troubles restrictifs

- Sont caractérisés par la survenue progressive de restrictions alimentaires quantitatives et qualitatives; il s'agit de restrictions sélectives (aliment gras puis sucrés, les viande et les féculents).
- L'alimentation se réduit considérablement, les quantités ingérées sont de plus en plus faibles et il ne reste que les fruits, les légumes sans assaisonnement et les laitages.
- La perte de poids confère une réassurance, la prise de poids est vue comme une défaillance.
- L'aménorrhée peut être masquée par la prise de traitement oestroprogestatif.

#### 2. Stratégies de contrôle du poids

- La plus fréquente est le vomissement provoqué.
- Consommation de laxatifs, de diurétiques ou de coupe-faim.
- L'hyperactivité physique dans le but d'augmenter le catabolisme.

#### 3. Distorsions cognitives

- Distorsion de l'image du corps. Les sujets cachectiques peuvent être persuadés qu'ils sont trop gros.
- Préoccupations excessives en ce qui concerne le poids et l'alimentation.
- Croyances erronées concernant le fonctionnement digestif ou les aliments.

#### 4. Les signes cliniques de dénutrition

- Amyotrophie, des œdèmes des membres inférieurs, une bradycardie, une hypothermie, une hypotension, acrocyanose et des troubles des phanères.
- Indice de masse corporelle (IMC) inférieur à 14 kg/m<sup>2</sup>.

#### 5. Critères diagnostiques (DSM5)

- A. Restriction des apports énergétiques par rapport aux besoins conduisant à un poids significativement bas compte tenu de l'âge, du sexe, du stade de développement et de la santé physique.
- B. Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, ou comportement persistant interférant avec la prise de poids, alors que le poids est significativement bas.
- 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 manque de reconnaissance persistant de la gravité de la maigreur actuelle.

Spécifier le type :

**Type restrictif** : Pendant les 3 derniers mois, la personne n'a pas présenté d'accès d'hyperphagie (gloutonnerie) ni recouru à des vomissements provoqués ou à des comportements purgatifs.

**Type accès hyperphagiques/purgatif**

#### 6. Examens complémentaires

- Ionogramme sanguin à la recherche d'une hypokaliémie (vomissements, laxatifs, diurétiques)
- Bilan hépatique à la recherche d'une cytolyse qui signe la gravité de la dénutrition.
- Taux de prothrombine, une numération formule sanguine pour rechercher une anémie, une leucopénie.
- Un dosage des protéines.
- Un électrocardiogramme.
- Une ostéodensitométrie à la recherche d'une ostéoporose

#### 7. Complications

- Troubles digestifs : érosions dentaires, hypertrophie des glandes salivaires, brûlures œsophagiennes.
- Dégénérescence gélatineuse de la moelle avec pancytopénie (probablement d'origine carencielle),
- Problèmes de fertilité,
- Malformations fœtales.

#### 8. Évolution et pronostic

- Le début des troubles se situe classiquement à l'adolescence, parfois plus précocement vers 11-12 ans. Il existe également des formes à début plus tardif, après 20 ans.
- Les symptômes peuvent évoluer chez un même sujet avec alternance de phases restrictives et de phases boulimiques.
- La durée moyenne d'évolution du trouble est de l'ordre de 8 à 10 ans.
- La mortalité est importante

#### 9. Diagnostic différentiel

- Affections médicales (cancers, tbc, diabète, hyperthyroïdie ...)
- Etats dépressifs, TOC, phobie sociale.

## B. Boulimie

### 1. Critères diagnostiques

A. Survenue récurrente d'accès hyperphagiques (crises de glotonnerie) (binge-eating). Un accès hyperphagique répond aux deux caractéristiques suivantes :

1. Absorption, en une période de temps limitée (moins de 2 heures), 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.
2. Sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise.

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

C. Les accès hyperphagiques (de glotonnerie) et les comportements compensatoires inappropriés surviennent tous les deux, en moyenne, au moins une 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

### 2. Spécifications de sévérité

- Légère : Une moyenne de 1-3 épisodes de comportements compensatoires inappropriés par semaine.
- Moyenne : Une moyenne de 4-7 épisodes de comportements compensatoires inappropriés par semaine.
- Grave : Une moyenne de 8-13 épisodes de comportements compensatoires inappropriés par semaine.
- Extrême : Une moyenne d'au moins 14 épisodes de comportements compensatoires inappropriés par semaine.

### 3. Complications

- Digestives : œsophagites, RGO, hypertrophie parotidienne, pancréatite aiguë, altération de la dentition.
- Déshydratation, hypokaliémie
- Dysménorrhée, aménorrhée.

### 4. Évolution et pronostic

La boulimie débute habituellement à l'adolescence ou chez les jeunes adultes. Les accès hyperphagiques commencent fréquemment pendant ou après une période de régime alimentaire restrictif visant à perdre du poids ou à l'occasion d'événements de vie stressants.

L'évolution peut être chronique ou intermittente, avec des périodes de rémission. Le taux de mortalité est important.

### 5. Diagnostic différentiel

- Anorexie mentale de type accès hyperphagiques/purgatif
- Syndrome de Kleine-Levin
- Trouble dépressif caractérisé, avec caractéristiques atypiques

- Personnalité borderline

#### IV. Prise en charge

##### A. Anorexie mentale

###### 1. Prise en charge hospitalière

- En cas d'amaigrissement important, de complication somatiques ou psychiatriques.
- Etablir un contrat de poids avec la patiente :
- Surveillance de l'IMC avec pesées régulières et surveillance TA et ECG
- Séparation stricte de la famille et des amis
- Etablir des objectifs (ex à tel poids : visite de la famille)
- Rééducation alimentaire avec des régimes caloriques à augmenter progressivement.
- Si amaigrissement massif avec risque vital : gavage par sonde nasogastrique, réhydratation.
- Psychothérapie de soutien et relaxation, thérapie familiale et TCC.
- ISRS en cas de décompensations dépressives.

###### 2. En ambulatoire

- Suivi médical avec pesée régulières et surveillance des constantes hémodynamiques
- Psychothérapies de soutien
- Techniques de relaxation
- TCC : restructuration cognitive visant la distorsion des croyances, réapprentissage de l'alimentation (horaires, quantité et diversification)

##### B. Boulimie

###### 1. Hospitalisation Uniquement si

- Boulimies extrême avec plus de 14 crises/j,
- Dépression sévère,
- Tentative de suicide.

###### 2. Au long cours

- Psychothérapie de soutien, TCC et Techniques de relaxation.
- Suivi médical avec pesée régulières et Rééducation alimentaire
- ISRS en cas de décompensations dépressives.