

Psychiatrie

Item 42: Troubles du comportement alimentaire de l'enfant et de l'adulte

Plan		
A. ANOREXIE MENTALE		
B. BOULIMIE		
Objectifs CNCI		
- Expliquer les principales modalités d'une hygiène alimentaire correcte - Diagnostiquer une anorexie mentale et une boulimie - Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / PMZ
- CC Anorexie mentale HAS 2010 – Polycopié national: item 42	- Anorexie-amaigrissement-aménorrhée - Stratégies de contrôle du poids - Troubles psychiques associés - Anorexie restrictive / boulimique - NFS / EPP / iono-créatine / ECG - C°: psy / somatiques / sociales / évolutives - Mise à distance: séparation initiale - PenC nutritionnelle / psychologique - Nutrition: RHE / renutrition prudente - Psychothérapie: TCC / famille - TCC pour boulimie: désarmorage	- Dépression: risque suicidaire - Eliminer cause organique - Pesée et calcul de l'IMC - Retentissement: s. de gravité - 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)

- 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)
 - 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
 - Troubles psychiques associés
 - Dymorphesthésie: trouble de la perception du corps
 - Dymorphophobie: peur de grossir ou d'être déformée
 - Déné 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)
- Evaluation du retentissement: signes de gravité (PMZ)
 - Retentissement somatique = dénutrition et carence
 - Carence protéique: oedème / escarres / immunodépression.. (cf [item 110](#))
 - Autres signes carentiels: syndrome anémique / phanères fragiles / crampes, etc.
 - Troubles hydro-électrolytiques: DEC / hypocalcémie / hypokaliémie
 - Retentissement: bradycardie / hypoTA / IRA fonctionnelle / carie..
 - Retentissement psychologique
 - Rechercher **syndrome dépressif** et idées suicidaires +++ (PMZ)
- Critères diagnostiques DSM-IV
 - A. Refus de maintenir un IMC ≥ 17.5
 - B. Peur intense de prendre du poids
 - C. Altération significative de la perception de la forme ou taille du corps
 - D. Aménorrhée
 - !! En l'absence de pathologie somatique ou psychiatrique
- Examens complémentaires
 - Pour évaluation du retentissement +++ (PMZ)
 - **Iono**-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)
 - 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
- Diagnostics 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 ++)
 - Pathologies psychiatriques
 - Troubles de l'humeur: dépression ++
 - Troubles anxieux: TOC / trouble phobique / trouble conversif
 - Psychoses: schizophrénie / délire chronique (dymorphophobie..)
 - 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°
- **Complications**
 - **suicide:** sur syndrome dépressif ++ / évaluer et prévenir le risque suicidaire (PMZ)
 - **psychiatriques:** dépression secondaire / troubles anxieux / addictions
 - **sociales:** isolement et désinsertion social
 - **évolutives:** passage à la chronicité / récurrence / décès (mortalité = 10%)
 - **somatiques**
 - **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 arégénératives / immuno-dépression
 - **cardiologiques:** hypoTA / bradycardie / 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 (PMZ)
 - **Hospitalisation en psychiatrie / libre ou contrainte (HDT) / si:**
 - IMC < 16kg/m2 *ou* signe de gravité = hospitalisation systématique
 - IMC > 16 kg/m2 **et** pas de signe de gravité = ambulatoire possible
- **Bilan pré-thérapeutique**
 - Mise à distance initiale du milieu familial: **séparation**
 - Evaluer et prévenir le **risque suicidaire** (inventaire, etc) (PMZ)
 - 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**
 - **Ré-équilibration hydro-électrolytique**
 - En urgence selon bilan paraclinique: cf [item 219](#)
 - Supplémentation pour correction des carences si besoin
 - **Renutrition** (cf [item 110](#))
 - Par voie orale (à toujours préférer) ou entérale (SNG) / +/- en urgence
 - **Prudente** et progressive (!! « refeeding syndrome »: cytolysé hépatique / TdR)
 - **Rééducation 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 [item 48](#))
 - Prise en charge **familiale** (thérapie familiale / éducation des parents)
 - **Psycho-éducation** / ateliers-repas / thérapies d'affirmation de soi, etc.
- **Mesures associées**
 - !! Tt médicamenteux: *seulement si* trouble psychiatrique associé
 - Prise en charge **scolaire** si adolescente d'âge scolaire
 - Proposer adhésion à une association
 - Prise en charge à **100%** (ALD)
- **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 récurrence et C°
 - **Paraclinique**
 - Suivi nutritionnel par pré-albumine

B. BOULIMIE

– 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 »
 - **Conduites impulsives**: addictions (++) / kleptomanie / collectionnisme
 - **Evaluation du retentissement: signes de gravité (PMZ)**
 - **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-IV**
 - A. **Crises** de boulimie: ingestion incontrôlée et rapide de grandes quantités
 - B. Comportements **compensatoires** pour éviter la prise de poids (≠ BED)
 - C. Estime de soi excessivement influencé par la forme et le poids
 - D. Répétition des crises en moyenne **≥ 2x/semaine** pendant **≥ 3mois**
 - E. Absence de pathologie somatique ou psychiatrique
- **Examens complémentaires**
 - **Pour évaluation du retentissement (PMZ)**
 - **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 (**PMZ**)
 - **psychiatriques**: dépression secondaire / troubles anxieux / addictions
 - **sociales**: isolement et désinsertion sociale
 - **évolutives**: passage à la chronicité / récurrence / décès (mortalité = 1%)
 - **somatiques**: vomissements: **hypokaliémie**-alcalose / **RGO-oesophagite** ; diabète

– Traitement

- **Prise en charge**
 - Prise en charge **pluridisciplinaire** et globale (**PMZ**)
 - 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 (PMZ)**
 - 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**
 - **Rééquilibrage 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.
- **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**
 - Récurrence des crises / stratégies compensatoires
 - Etat de l'humeur / dépister un risque suicidaire