

Le traitement des troubles des conduites alimentaires

(H. Ollat)

1. Introduction

1.1. Les troubles des conduites alimentaires peuvent actuellement être caractérisés de la façon suivante :

- ils apparaissent en règle à l'adolescence ou au début de l'âge adulte, avec une très nette prédominance féminine (le sex ratio est d'environ 10 femmes pour 1 homme)
- ils ont une prévalence élevée. Celle-ci a été estimée chez les adolescentes et les jeunes femmes à 0.5-1 % pour l'anorexie mentale (*tableau 1*) et à 1-3 % pour la boulimie (*tableau 2*). Mais ces chiffres ne rendent pas compte des nombreux cas où des troubles des conduites alimentaires, bien que patents et préoccupants, ne souscrivent pas aux critères diagnostiques de ces deux troubles spécifiques (le DSM-IV les a regroupés sous le terme de "trouble des conduites alimentaires non spécifié")
- ils se compliquent de troubles somatiques dont certains peuvent menacer le pronostic vital (*tableau 3*) et la comorbidité psychiatrique y est importante (*tableau 4*)
- **le pronostic en est médiocre**, surtout pour l'anorexie mentale. Celle-ci reste mortelle dans 2-5 % des cas, les décès étant en règle dus à une cachexie majeure, une infection intercurrente, un arrêt cardiaque secondaire à un

trouble du rythme, ou un suicide. A long terme on peut considérer qu'un tiers seulement des patientes sont guéries si on prend en compte non seulement le poids et le retour des règles, mais aussi l'insertion socioprofessionnelle, la qualité des relations interpersonnelles et l'équilibre de la vie psychique. Les deux autres tiers des anorexiques ne guérissent que partiellement et gardent des troubles psychiatriques qui peuvent s'aggraver secondairement. Le pronostic de la boulimie semble meilleur mais il n'a pas été précisément évalué à long terme.

- **les traitements** sont mal catégorisés, mal évalués, souvent le fruit d'habitudes et d'expériences personnelles.

1.2. L'American Psychiatric Association a donc sans doute fait œuvre utile en publiant une révision de ses recommandations pour le traitement des troubles des conduites alimentaires (1). Même si elles restent entachées d'incertitudes, elles sont le fait d'experts en ce domaine et prennent en compte les données de la littérature pour proposer une stratégie de **prise en charge précise et flexible, adaptée au cas particulier de chaque patient(e)**.

1. Critères

- Refus de maintenir le poids corporel au niveau ou au-dessus d'un poids minimum normal pour l'âge et pour la taille (par ex. perte de poids conduisant au maintien du poids corporel à moins de 85 % de celui attendu)
- Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, alors que le poids est inférieur à la normale
- 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 déni de la gravité de la maigreur actuelle.
- Chez les femmes post pubères : aménorrhée, c'est-à-dire l'absence d'au moins trois cycles menstruels consécutifs (une femme est considérée comme aménorrhéique si ses règles ne surviennent qu'après l'administration d'hormones, par ex. des oestrogènes)

2. Sous-types

Type restrictif : pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale le sujet n'a pas, de façon régulière, présenté de crises de boulimie, ni recouru aux vomissements provoqués aux purgatifs (laxatifs, diurétique, lavements)

Type avec crises de boulimie / vomissements ou prise de purgatifs : pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale le sujet a, de façon régulière, présenté des crises de boulimie et / ou recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs (laxatifs, diurétiques, lavements)

(*) Les critères du DSM-IV et les critères pour la recherche de la CIM-10 diffèrent sur plusieurs points.

D'une part la CIM-10 exige spécifiquement que la perte de poids soit induite par l'évitement délibéré des aliments "qui font grossir" ; elle exige aussi, chez les hommes, qu'il y ait une perte du désir et de la puissance sexuelle.

D'autre part la CIM-10 exclut le diagnostic d'anorexie mentale si des crises de boulimies surviennent régulièrement.

Tableau 1. Critères diagnostiques du DSM-IV pour l'anorexie mentale ().*

1. Critères

- A. Survenue récurrente de crises de boulimie (*binge eating*). Une crise de boulimie répond aux deux caractéristiques suivantes :
- 1- absorption en une période de temps limitée (par ex. 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 des circonstances identiques
 - 2- sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise (par ex. sentiment de ne pas pouvoir s'arrêter de manger, ou de ne pas pouvoir contrôler ce que l'on mange ou la quantité que l'on mange).
- B. Comportements compensatoires inappropriés et récurrents visant à prévenir une prise de poids tels que : vomissements provoqués ; emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements ou autres médicaments ; jeûne ; exercice physique excessif.
- C. Les crises de boulimie et les comportements compensatoires inappropriés surviennent tous deux, en moyenne, au moins deux fois par semaine pendant trois mois.
- D. Influence excessive du poids et de la forme corporelle sur l'estime de soi.
- E. Les troubles ne surviennent pas exclusivement pendant des épisodes d'anorexie mentale.

2. Sous-types

Type avec vomissements ou prise de purgatifs : pendant l'épisode actuel de boulimie le sujet a régulièrement recouru aux vomissements provoqués ou à l'emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements.

Type sans vomissements ni prise de purgatifs : pendant l'épisode actuel de boulimie le sujet a eu d'autres comportements compensatoires inappropriés, tels que le jeûne ou l'exercice physique excessif, mais il n'a pas eu régulièrement recours aux vomissements provoqués ou à l'emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements.

- (*) Les critères du DSM-IV et les critères pour la recherche de la CIM-10 sont globalement comparables à une exception près : le DSM-IV exclut le diagnostic de boulimie si le comportement survient exclusivement au cours d'épisodes d'anorexie mentale ; inversement la CIM-10 exclut le diagnostic d'anorexie mentale si des crises de boulimie surviennent régulièrement.

Tableau 2. Critères diagnostiques de DSM-IV pour la boulimie (*).

Anorexie mentale	Boulimie (2)
Dénutrition, infections Ostéoporose	Irrégularité menstruelle
Troubles électrolytiques (1)	Troubles électrolytiques (1)
Hypotension Bradycardie Arythmie Vasoconstriction périphérique	Intoxication à l'ipéca (3)
Troubles de la régulation thermique	Gastrite, oesophagite Troubles de la mobilité colique
Hypogonadisme d'origine centrale Hypothyroïdie sans myxoedème	Hypertrophie des glandes salivaires
Anémie, leucopénie, thrombocypénie Troubles de l'hémostase	Fausses routes Pneumopathie de déglutition
Retard à l'évacuation gastrique Constipation	
Oedèmes Lithiase rénale	

- 1) les troubles électrolytiques peuvent avoir une incidence cardiovasculaire ; en particulier l'hypokaliémie expose aux troubles du rythme et à l'arrêt cardiaque.
- 2) les complications de la boulimie sont surtout celles des vomissements provoqués, et de l'abus de diurétiques et / ou de laxatifs.
- 3) l'intoxication à l'ipéca associe des signes de cardiomyopathie et de myopathie périphérique.

Tableau 3. Les principales complications somatiques de l'anorexie mentale et de la boulimie.

Comorbidité	Fréquence
Etat dépressif majeur, troubles dysthymiques	50-75 %
Troubles anxieux (en particulier symptômes obsessionnels-compulsifs et phobie sociale)	60-80 %
Abus d'une substance	30-40 % (Boulimie) 10-20 % (Anorexie mentale)
Troubles de la personnalité (*)	40-80 %

(*) Les troubles observés chez les anorexiques sont surtout ceux du groupe C (plus particulièrement la personnalité évitante et la personnalité obsessionnelle-compulsive. Ceux observés chez les boulimiques sont surtout ceux du groupe B (particulièrement la personnalité borderline) et du groupe C (particulièrement la personnalité évitante).

Tableau 4. Les principaux troubles psychiatriques associés aux troubles des conduites alimentaires.

2. Quelle structure pour la prise en charge ?

Le choix de la structure de la prise en charge, depuis un suivi en ambulatoire jusqu'à une hospitalisation, dépend avant tout du **poids** ainsi que de l'**état cardio-vasculaire et métabolique** ; en particulier l'hospitalisation s'impose dès lors qu'il existe des anomalies des signes vitaux (pouls, tension artérielle, équilibre hydro-électrolytique).

Néanmoins il faut aussi prendre en compte :

- les troubles psychiatriques et comportementaux associés
- la motivation de la patiente et ses capacités à contrôler son comportement et ses préoccupations obsédantes quant à la nourriture, son poids et l'apparence de son corps
- les stressseurs environnementaux
- les conditions de vie

On nous propose ainsi un arbre décisionnel, tiré du travail de *Lavia et coll* (2), récapitulé au *tableau 5*. Quant au choix d'un site d'hospitalisation (service psychiatrique ou de médecine générale, unité spécialisée pour la prise en charge des adolescents) il relève plus des capacités des services : "savoir faire" des équipes et possibilité d'un suivi post-hospitalisation adapté et prolongé avec en particulier la possibilité de passer par un hôpital de jour.

3. La prise en charge psychiatrique

La prise en charge psychiatrique est la pierre angulaire du traitement des troubles des conduites alimentaires ; les autres mesures thérapeutiques sont cas d'espèce.

Elle doit souscrire aux impératifs suivants :

- i) établir et maintenir une "**alliance thérapeutique**" avec le / la patient(e) ce qui peut être particulièrement difficile dans ce cas. D'une part le thérapeute préconise des comportements alimentaires *ipso facto* angoissants pour le sujet. D'autre part il faut du temps pour que les bénéfices

de la prise en charge se manifestent, d'où des phénomènes de contretransfert

- ii) une **collaboration coordonnée** avec les autres cliniciens impliqués
- iii) une évaluation régulière du trouble des conduites alimentaires. Celle-ci peut se faire de façon informelle, subjective, mais mieux vaut recourir à des évaluations standardisées dont le *Eating Attitudes Test* et le *Eating Disorder Inventory* qui ont été validés en français (3,4)
- iv) une évaluation régulière de l'état général, des "signes vitaux" et de l'état psychiatrique de la patiente (du patient)
- v) une évaluation et une prise en charge adaptée de l'environnement familial.

4. Le traitement spécifique de l'anorexie mentale

4.1. Les **objectifs** du traitement de l'anorexie mentale sont :

- i) instaurer un poids "normal"; physiologique, avec la reprise d'une ovulation et de règles normales chez la femme, le retour du désir et de la puissance sexuelle chez l'homme, ou la reprise du développement physique et sexuel chez l'enfant et l'adolescent
- ii) dépister et traiter les complications somatiques
- iii) développer la motivation de la patiente pour reprendre une alimentation correcte et participer au traitement
- iv) apporter des informations quant à l'alimentation et aux conduites alimentaires
- v) corriger les troubles de la pensée et des attitudes associés à l'anorexie
- vi) traiter les troubles psychiatriques associés
- vii) apporter soutien et conseils à la famille, et au besoin mettre en place une thérapie familiale
- viii) prévenir les rechutes

Niveau de gravité / Structure	① Ambulatoire	② Ambulatoire "intensif"	③ Hôpital de jour	④ Résidence thérapeutique	⑤ Hospitalisation
Complications					
Complications somatiques	←-----	Médicalement "Stables" -----→	-----→	"Médicament Stables" sans réserve que des perfusions, ni, une alimentation par sonde gastrique ou des examens complémentaires fréquents ne soient pas nécessaires	- Pour les adultes : FC < 40 x min ⁻¹ ; PA < 90 / 60 mm Hg ; glycémie < 0.6 g x l ⁻¹ ; K ⁺ < 3 meq x l ⁻¹ ; troubles hépatiques ou rénaux nécessitant un traitement d'urgence - Pour les adolescent(e)s : FC < 40xmin ⁻¹ ; hypotension orthostatique ; PA de repos < 80-50 mm Hg ; hypokaliémie ; hypophosphatémie
Poids corporel (en % du poids attendu)	> 5 %	> 80 %	> 75 %	< 85 %	< 75 %
Motivation à guérir, coopération, contrôle des pensées obsessionnelles	++++	+++	++ idéations égo-syntoniques pendant plus de 3 heures par jour	+ idéations égo-syntoniques pendant 4-6 heures par jour	+ / 0
Comorbidité psychiatrique	La sévérité d'un trouble psychiatrique associé nécessite une hospitalisation				
Tendance suicidaire	←----- Pas d'idéation suicidaire -----→				
Environnement nécessaire à l'alimentation	0	0	0 / +	Nécessité d'un contrôle des repas	Nécessité i) d'un contrôle pendant et après les repas ii) d'une alimentation par sonde gastrique
Contrôle des exercices physiques compulsifs	++++	+++	++	+ / 0	Nécessité d'un encadrement
Contrôle des comportements évacuateurs	++++	+++ / ++	+++ / ++	++ / +	Nécessité d'une surveillance pendant et après les repas
Stress environnementaux	+ / 0	++	+++	++++ Conflits familiaux, professionnels...	
Conditions de vie	←----- Résidence à proximité de la structure de soins -----→				

Tableau 5. Critères de décision quant à la structure de prise en charge (d'après 2).

4.2. Un programme nutritionnel doit être entrepris dès lors que l'amaigrissement est important. Il vise à restaurer non seulement un poids "normal", mais aussi une façon normale de s'alimenter, ainsi que les sensations de faim et de satiété ; il doit aussi corriger les conséquences, biologiques et psychologiques, de la malnutrition. Là encore "**le mieux est l'ennemi du bien**" ; en effet une réalimentation trop rapide expose aux risques d'une surcharge liquidienne (risque majorés chez les patientes usant de diurétiques et/ou de laxatifs) et du bouleversement d'un équilibre hydro-électrolytique précaire. S'y ajoutent souvent une constipation opiniâtre (pouvant aller jusqu'à la constitution de fécalomes) le développement d'une acné ou encore d'une tension mammaire, qui ne facilitent pas la réconciliation de la patiente avec son corps.

Aussi est-il préconisé de "raison garder", pour obtenir un gain pondéral **régulier et contrôlé**, estimé à 80-1 300 g par semaine pour les patientes hospitalisées (les plus sévères) et à 400-500 g par semaine pour les autres. Pour ce faire, il est recommandé de fixer l'apport calorique initial à 1 000-1 600 kcal par jour avec ensuite une augmentation progressive pouvant atteindre 70-100 kcal par kilo et par jour pendant la phase de gain pondéral. Lorsqu'il s'agit simplement de maintenir un poids "normal" et d'assurer un développement normal chez les enfants et les adolescentes, l'apport calorique quotidien nécessaire peut être estimé à 40-60 kcal par kilo et par jour. Si il faut des apports plus importants, la patiente peut certes avoir un métabolisme basal anormalement élevé, mais il faut surtout chercher à savoir si elle ne jette pas la nourriture, si elle ne se fait pas vomir ou encore si elle n'a pas une activité physique exagérée, qu'il s'agisse d'un sport ou d'une agitation sans objet apparent.

La ration alimentaire doit également apporter des compléments en **vitamines** et en **sels minéraux** (dont les phosphates).

Il est bien sûr des cas où les patientes ne reconnaissent pas leur maladie, n'acceptent pas un traitement adapté, ou ne supportent pas les sentiments de culpabilité associés à la prise de nourriture. Il est à l'évidence facile d'y voir les conséquences à long terme d'un déni (familial, social et médical) d'un trouble défiant le "bon sens" et les relations coutumières. A cet égard faut-il rappeler que des parents désemparés continuent d'accuser les "glandes" après la mort de leur enfant ?

Dans ces cas difficiles, et lorsque le pronostic vital est engagé, c'est à l'équipe soignante dans son ensemble d'envisager des mesures de réalimentation à juste titre qualifiées de coercitives : une alimentation par sonde gastrique ou par voie parentérale, cette dernière faisant courir des risques infectieux particuliers chez ces patientes dont les fonctions immunitaires sont souvent compromises.

A cette phase de récupération pondérale une **surveillance médicale très étroite** est indispensable :

- i) contrôle des signes vitaux, des entrées et des sorties ; des électrolytes sanguins
- ii) recherche des signes de surcharge liquidienne (prise de poids trop rapide, œdèmes déclives)
- iii) recherche de troubles gastro-intestinaux
- iv) adaptation de l'activité physique à la prise alimentaire et au métabolisme basal.

Un *monitoring* cardiaque doit être envisagé, surtout la nuit, dès lors que l'amaigrissement est important (poids inférieur à 70 % du poids attendu) en raison des risques d'arythmie et d'**arrêt cardiaque**. La raison principale en est une chute du capital potassique. A cet égard il est rappelé que les examens de laboratoires peuvent être faussement rassurants, avec une kaliémie normale alors que les taux de potassium tissulaire sont anormalement bas.

4.3. La mise en place et le maintien d'une **psychothérapie formelle** sont très bénéfiques dès qu'il y a une reprise du poids.

Les objectifs en sont divers :

- i) compréhension et coopération avec les programmes, de réhabilitation nutritionnelle
- ii) compréhension du comportement alimentaire anormal
- iii) amélioration du fonctionnement social et interpersonnel
- iv) prise en compte des troubles psychiatriques et des conflits psychologiques qui pérennisent et renforcent le trouble du comportement alimentaire.

Dans ce domaine tout reste affaire d'expérience personnelle, aucun type de psychothérapie n'ayant fait la preuve de sa supériorité sur les autres.

4.4. Les **traitements psychotropes** ne doivent être envisagés qu'après la prise de poids, lorsque les effets psychologiques propres à la nutrition se sont estompés. Ils sont alors utiles pour la **prévention des rechutes** (antidépresseurs inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine) ainsi que pour le traitement des **troubles psychiatriques associés**.

5. Le traitement spécifique de la boulimie

5.1. Dans ce cas le **programme nutritionnel** vise moins au contrôle d'un poids normal qu'au rétablissement de comportements alimentaires normaux, à la correction des déficits nutritionnels éventuels et à l'encouragement d'un exercice physique approprié (non excessif).

5.2. La **psychothérapie** sera choisie en fonction de ses différents objectifs : réduction des accès de boulimie et/ou des comportements évacuateurs ; diversification de l'alimentation ; encouragement à un exercice physique ; traitement des troubles psychiatriques associés ; maîtrise des pensées concernant le schéma corporel l'estime de soi, la sexualité etc...

La psychothérapie comportementale ciblée sur les troubles du comportement alimentaire et ses substratums cognitifs, est celle qui a fait la preuve d'une meilleure efficacité. Néanmoins les autres psychothérapies peuvent être envisagées en fonction de l'expérience de l'équipe, et des particularités de la patiente et de son environnement.

5.3. Les antidépresseurs font partie du traitement initial de la boulimie quelle que soit leur classe, ils aident à la réduction des "comportements évacuateurs" et peuvent réduire les risques de rechutes. Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de sérotonine sont sans doute les plus efficaces à cet égard et les mieux tolérés ; en outre ils semblent particulièrement utiles chez les patientes présentant des troubles de l'humeur, des troubles anxieux, des troubles compulsifs ou obsessionnels et/ou chez les patientes qui n'ont tiré qu'un bénéfice partiel de la psychothérapie.

Les tricycliques et les IMAO ont sans doute les mêmes effets bénéfiques mais les premiers doivent être utilisés avec prudence en cas de risque suicidaire et les seconds

doivent être évités en cas de comportements évacuateurs chaotiques.

REFERENCES

1. Practice Guideline for the treatment of patients with Eating Disorders (Revision). Am J Psychiatry 2000 ; 157 (suppl. 1).
2. La Via M., Kaye WH., Andersen A. et coll. Anorexia nervosa : criteria for levels of care. Eating Disorders Research Society Annual Meeting, Boston, 1998 [G].
3. Carrot G., Lang F., Estour B., Pellet J., Gauthey C., Wagon C. Etude de la EAT Echelle d'auto-évaluation de l'anorexie mentale dans une population témoin et dans une population d'anorexiques. Ann Med Psychol 1987 ; 145 : 258-263.
4. Criquillon-Doulet S., Divac S., Dardennes R., Guelfi J.D. Le "Le Eating Disorder Inventory" (EDI) In : Guelfi J.D., Gaillac V., Dardennes R. (eds). Psychopathologie quantitative. Masson, Paris 1995 : 249-260.