Troubles alimentaires

Une introduction

Urs Hepp[a], Gabriella Milos[b]

[a] Psychiatrische Dienste Aargau AG (PDAG), Externer Psychiatrischer Dienst, Baden
[b] Zentrum für Essstörungen, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, UniversitätsSpital, Zürich

Quintessence

- Les troubles alimentaires regroupent l'anorexie mentale (AM), la boulimie nerveuse (BN) et les troubles alimentaires atypiques (EDNOS). Chez un même sujet, le diagnostic s'alterne souvent au fil du temps.
- La principale composante pathologique commune des troubles alimentaires (avant tout en cas d'AM et de BN) est la survalorisation de la forme corporelle et du poids.
- Au cours des dernières années, des recommandations portant sur le traitement des troubles alimentaires d'après des critères de la médecine factuelle (evidence-based medicine) ont été élaborées. Malgré la fréquence des troubles alimentaires, il existe peu d'études contrôlées, particulièrement pour l'AM, et le niveau de preuve des recommandations thérapeutiques est modeste.
- Les comorbidités psychiatriques sont très fréquentes et doivent être intégrées dans le plan thérapeutique.
- Les risques et complications somatiques sont fréquents et potentiellement fatals. Le traitement doit donc toujours être interdisciplinaire.

Introduction

Les troubles alimentaires surviennent fréquemment chez les adolescentes et les jeunes femmes et ils ont d'importantes conséquences psychiques, somatiques et psychosociales, pouvant parfois aller jusqu'à l'invalidité[1]. L'anorexie mentale peut même avoir une évolution fatale. Les causes des troubles alimentaires sont complexes et multifactorielles. Le plus souvent, une prédisposition génétique, des facteurs de risque biologiques et psychosociaux et des facteurs environnementaux coexistent (tab. 1).

Les troubles alimentaires regroupent l'anorexie mentale (AM), la boulimie nerveuse (BN) et les troubles alimentaires atypiques (EDNOS).

Au cours des dernières années, des recommandations portant sur le traitement basé sur les preuves des troubles alimentaires ont été élaborées dans les pays anglophones [1, 2]. Des recommandations paraîtront également prochainement en Allemagne. Les études contrôlées portant sur le traitement de l'AM continuent à faire défaut. Pour la BN, les données sont nettement plus abondantes. Bon nombre des recommandations sur le traitement des troubles alimentaires se basent sur des études non contrôlées et sur des opinions d'experts. Il n'existe guère d'études se concentrant sur le traitement des EDNOS [3], de sorte que les recommandations pour l'AM et la BN sont appliquées par analogie aux EDNOS.

Urs Hepp

Les auteurs certifient qu'aucun conflit d'intérêt n'est lié à cet article.

Nosologie et diagnostic

La première description médicale de l'AM remonte à Lasègue. En 1873, Lasègue décrit un cas d'«anorexie hystérique». A peine plus tard, en 1874, Gull a propagé le terme «anorexia nervosa» (anorexie mentale). Russel fut le premier à décrire la «bulimia nervosa» (boulimie nerveuse) en 1979, en la dépeignant comme une variante de l'AM [4]. En 1980, la «boulimie» a pour la première fois fait son entrée dans le DSM III en tant que diagnostic indépendant [5].

La classification internationale des troubles mentaux (CIM-10) [6] et le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV) [7] distinguent les deux principales formes de troubles alimentaires, à savoir l'anorexie mentale (AM) et la boulimie nerveuse (BN), ainsi que les troubles alimentaires atypiques (CIM-10) ou *Eating Disorders Not Otherwise Specified* (EDNOS) (DSM-IV) (tab. 2). Le groupe des EDNOS est très hétérogène, incluant le *binge-eating disorder*[2], l'ingestion et la régurgitation de nourriture, ainsi que toutes les formes subsyndromiques d'AM et de BN. Particulièrement dans le contexte ambulatoire, les EDNOS sont les troubles alimentaires les plus fréquents; pourtant, peu de connaissances sur l'évolution et le traitement des EDNOS ont pour l'instant été acquises en raison de leur hétérogénéité [8]. On distingue deux sous-types d'AM: l'AM *avec* mesures actives visant à perdre du poids (anorexie purgative) et l'AM *sans* mesures actives visant à perdre du poids (anorexie restrictive). Cette distinction est sans cesse source de malentendus et de confusions: dans l'AM également, des symptômes boulimiques, tels que crises d'hyperphagie et vomissements, peuvent survenir. En revanche, un IMC <17,5 kg/m² exclut le diagnostic de BN et le diagnostic d'AM avec mesures actives visant à perdre du poids doit être posé.

Abréviations

AM:	Anorexie mentale
BN:	Boulimie nerveuse
CIM-10:	Classification internationale des troubles mentaux
DSM-IV:	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition
EDNOS:	Troubles alimentaires atypiques *(Eating Disorders Not Otherwise Specified)*
IMC:	Indice de masse corporelle

1 Cet article se concentre sur le traitement des troubles alimentaires chez l'adulte.
2 Le *binge-eating disorder* peut être à l'origine de surpoids; cet article n'aborde pas en détails le traitement et les conséquences de l'obésité.

Vous trouverez les questions à choix multiple concernant cet article à la page 832 ou sur Internet sous www.smf-cme.ch.

Tableau 1. Facteurs de risque des troubles alimentaires.

Facteurs généraux – Sexe féminin – Adolescence
Anamnèse familiale positive – Troubles alimentaires – Dépressions – Abus de substances ou dépendance à des substances, en particulier l'alcool – Surpoids – Régimes fréquents
Personnalité – Perfectionnisme/compulsivité – Faible estime de soi – Complexe social et émotionnel – Timidité
Facteurs biologiques – Prédisposition génétique – Puberté précoce
Facteurs intrapsychiques – Traumatismes psychiques et physiques – Décalage entre le développement physique et le développement psychique – Commentaires critiques concernant le comportement alimentaire, la forme corporelle et le poids – Conflits liés au désir de prise d'indépendance
Facteurs socioculturels – Mode de vie des sociétés occidentales – Idéal de minceur – Conflits de valeurs et de rôles – Orientation vers les performances

Pendant longtemps, les trois formes de troubles alimentaires étaient considérées comme des troubles clairement délimités les uns des autres, avec une psychopathologie différente; les différences existant entre ces troubles étaient alors surtout mises en avant. Des recherches plus récentes montrent néanmoins que bien que le diagnostic d'un trouble alimentaire présente une constante intra-individuelle élevée, on assiste très souvent à une alternance des trois formes au fil de la maladie [9–11].

Pour cette raison, la classification actuelle des troubles alimentaires est critiquée dans les cercles spécialisés et il y a une tendance à toujours plus mettre en avant les similitudes et la psychopathologie de base des troubles alimentaires [3, 10]. Font partie de cette composante pathologique principale la focalisation sur des thèmes ayant trait à la nourriture et la survalorisation de la forme corporelle et du poids. Chez les personnes atteintes de troubles alimentaires, l'estime de soi dépend étroitement de la forme corporelle, du poids et de la capacité à contrôler la forme corporelle et le poids. En revanche, d'autres éléments comme les relations sociales, le travail et les loisirs ne contribuent que très peu à l'estime de soi. De nombreux autres symptômes des troubles alimentaires en sont la conséquence.

Epidémiologie

L'incidence et la prévalence des troubles alimentaires varient fortement en fonction des méthodes de recrutement et d'évaluation des sujets. La prévalence des troubles alimentaires, EDNOS compris, chez les jeunes femmes est d'env. 5%. La prévalence vie entière moyenne de l'AM chez les femmes est d'env. 0,5–1% et la prévalence vie entière de la BN est comprise entre 1 et 3%. Les hommes en sont environ 10 fois moins touchés que les femmes [2, 12–14]. Une étude à long terme ayant évalué l'incidence des AM nécessitant une hospitalisation dans le canton de Zurich a montré une augmentation significative au cours des années 1960 et 1970; ensuite, il n'y a plus eu d'augmentation des AM graves jusque dans les années 1990 [15]. Les données relatives à la mortalité varient en fonction des échantillons étudiés. Le taux de mortalité à 10 ans est de 2,8 à 5,6% [16–18]. L'AM présente la deuxième mortalité la plus élevée parmi toutes les maladies psychiatriques (après la dépendance aux drogues illicites) [19]. Par rapport à la population générale de même âge, les personnes atteintes d'AM présentent un risque de mortalité 3 à 10 fois plus élevé [20–22]. Cette mortalité accrue est d'une part directement attribuable aux conséquences somatiques de la maigreur et d'autre part, au taux accru de suicide [19, 21].

Comorbidités

Comorbidités psychiatriques

Les troubles alimentaires s'accompagnent souvent d'autres troubles psychiques. Dans une étude que nous avons menée, 250 femmes atteintes de troubles alimentaires ont été évaluées au moyen d'instruments standardisés. Seuls 17% n'avaient pas de diagnostic psychiatrique supplémentaire. Chez 70% des patientes, il y avait un ou plusieurs troubles de l'axe I (troubles psychiatriques généraux) ou un trouble de l'axe II (troubles de la personnalité), et il n'était pas rare de re-

Tableau 2. Critères diagnostiques des troubles alimentaires selon la classification CIM-10 (simplifiés en fonction de la pertinence clinique).

Anorexie mentale (CIM-10: F50.0)
Poids corporel inférieur de 15% par rapport au poids attendu ou IMC <17,5 kg/m²
La perte de poids est volontairement provoquée par – évitement des aliments riches en calories – vomissements auto-induits – purgations auto-induites – activités physiques excessives – utilisation de coupe-faims ou de diurétiques
Peur de prendre du poids (troubles de la perception corporelle)
Troubles endocriniens (aménorrhée primaire/secondaire; impuissance et troubles de la libido)
En cas de début avant la puberté, retard au niveau des étapes du développement pubertaire
Anorexie mentale sans mesures actives pour perdre du poids (CIM-10: F50.00)
Comportement alimentaire restrictif
Pas de vomissements et/ou de mesures purgatives, etc.
Anorexie mentale avec mesures actives pour perdre du poids (CIM-10: F50.01)
Vomissements et/ou mesures purgatives, éventuellement en rapport avec des crises de boulimie
Boulimie nerveuse (CIM-10: F50.2)
Préoccupation persistante concernant l'alimentation; crises lors desquelles de grandes quantités de nourriture sont ingérées sur une courte période
Comportement visant à contrecarrer la prise de poids – Vomissements auto-induits – Restriction calorique (périodes intermittentes de sous-alimentation) – Activités physiques excessives (sport) – Utilisation de coupe-faims ou de diurétiques
Peur maladive de prendre du poids
Troubles alimentaires atypiques (CIM-10: F50.1/F50.3/F50.9)
Tous les troubles alimentaires pertinents sur le plan clinique, qui ne remplissent pas les critères de l'AM ou de la BN

trouver des troubles de l'axe I et de l'axe II chez les mêmes patientes. Les dépressions, les troubles anxieux et les troubles obsessionnels compulsifs étaient les troubles de l'axe I les plus fréquents [23].

Il existe souvent un comportement obsessionnel en rapport avec l'alimentation et la réduction du poids, par ex. déambulations obsessionnelles pour éliminer des calories, volonté compulsive de rester debout ou rituels spécifiques en rapport avec l'alimentation. Parfois, les troubles de l'image corporelle peuvent prendre des proportions délirantes. Le retrait social, la dépression, les troubles du sommeil, les troubles de la concentration et la perte d'énergie vitale sont à l'origine d'importantes limitations dans le quotidien et agissent sur les performances générales.

En fonction de leur ampleur, les comorbidités psychiques peuvent avoir un impact déterminant sur l'évolution de la maladie et elles doivent dans tous les cas être intégrées dans le plan thérapeutique.

Comorbidités somatiques

Un bilan somatique approfondi est impératif en cas de troubles alimentaires, particulièrement pour exclure des causes somatiques de maigreur [8].

En raison de la malnutrition, de la maigreur, des vomissements et de la prise de médicaments, les troubles alimentaires peuvent être à l'origine de maladies et de complications somatiques importantes, pouvant toucher pratiquement tous les systèmes d'organes. Les vomissements entraînent une érosion dentaire, une tuméfaction parotidienne et une alcalose. La malnutrition et la perte de poids sont responsables d'altérations cutanées (sécheresse cutanée, alopécie, apparition de lanugo, acrocyanose), de symptômes cardiovasculaires (hypotension artérielle, bradycardie, troubles du rythme cardiaque, atrophie myocardique), de troubles électrolytiques, d'anémie et de leucopénie, de troubles endocriniens (aménorrhée, syndrome de basse T3) et d'ostéopénie et d'ostéoporose accompagnées d'ostéonécroses et de fractures pathologiques. La réalisation d'une ostéodensitométrie (DEXA) est indiquée chez les patientes qui avaient un IMC inférieur à 18 kg/m² durant plus d'un an.

Les personnes atteintes de troubles alimentaires présentent souvent des troubles digestifs, tels que nausées et ralentissement de la vidange gastrique et du péristaltisme intestinal. En cas d'évolution chronique grave, une insuffisance rénale et une insuffisance hépatique peuvent aboutir à des situations potentiellement fatales. En cas de maigreur extrême, il se développe une atrophie cérébrale, qui est généralement réversible après l'atteinte d'un poids physiologique [8, 24].

La préexistence de troubles somatiques imposant le respect d'un régime particulier (par ex. diabète sucré, maladie cœliaque) peut favoriser le développement de troubles alimentaires et ces troubles requièrent un traitement interdisciplinaire intensif. Néanmoins, la découverte de pathologies gastro-entérologiques concomitantes peut avoir un effet positif sur l'évolution des troubles alimentaires.

Traitement

Plus le traitement des troubles alimentaires est initié tôt, meilleur est le pronostic. Toutefois, les patients n'ont souvent pas conscience de leur problème alimentaire, ce qui peut compliquer le traitement. Il est essentiel d'informer les patients et leurs proches au sujet de la maladie et de ses conséquences et de leur faire prendre conscience de la nécessité d'un traitement. Au tout début, la motivation à suivre un traitement est souvent absence et elle doit tout d'abord être développée. La motivation parvient souvent à être développée au travers des symptômes physiques. L'instauration d'une relation thérapeutique solide, basée sur la confiance, constitue un pré-requis essentiel pour construire la motivation thérapeutique.

Pour tous les troubles alimentaires, la normalisation du comportement alimentaire revêt une importance capitale. En cas de maigreur, il est nécessaire de viser une normalisation du poids corporel, avec un IMC minimal compris entre 18,5 et 20 kg/m²; des objectifs de poids intermédiaires devraient être fixés, particulièrement en cas de maigreur sévère. La normalisation du poids est fondamentale car elle permet une amélioration de nombreux symptômes psychiques comme la dépression, les angoisses, les compulsions et les troubles de la perception corporelle.

Tableau 3. Objectifs thérapeutiques en cas de troubles alimentaires (modifié d'après C. Jacobi, T. Paul, A. Thiel).

Objectifs thérapeutiques	Eléments du traitement
Normalisation du comportement alimentaire et du poids	Transmission d'informations Motivation Auto-observation, analyse comportementale (journal de bord alimentaire) Repas réguliers Contrôles réguliers du poids Gestion des crises boulimiques Contrôle des stimuli et modèle de réaction
Prise en charge des comorbidités somatiques et psychiatriques	Bilan somatique et prise en charge Traitement conséquent des comorbidités psychiques
Résolution des problèmes sous-jacents (facteurs déclenchants ou facteurs de chronicisation)	Analyse des problèmes Prise en charge ciblée des problèmes Approches systémiques, inclusion de la famille et des proches Entraînement aux habiletés sociales
Amélioration de la perception corporelle et de l'acceptation du corps	Exercices visant à améliorer la perception corporelle Nouvelles expériences corporelles Techniques cognitives

Dans la mesure du possible, le traitement des troubles alimentaires se déroule en ambulatoire. Les patientes atteintes d'AM grave doivent être traitées en milieu hospitalier si elles continuent à perdre du poids malgré le traitement ambulatoire, si la perte de poids est massive et/ou si des complications physiques se font menaçantes ou surviennent. Un traitement psychiatrique hospitalier peut être indiqué en cas de crises suicidaires ou de comorbidités psychiatriques graves. Il serait souvent judicieux d'opter pour un traitement semi-hospitalier des troubles alimentaires. Néanmoins, les possibilités d'instaurer un tel traitement sont encore très limitées en Suisse. D'ailleurs, le passage du traitement hospitalier au traitement ambulatoire est souvent problématique et nécessite une préparation intensive.
Le tableau 3 fournit un aperçu des objectifs internationalement reconnus du traitement des personnes atteintes de troubles alimentaires.

Approches psychothérapeutiques

Un traitement psychothérapeutique doit offrir aux personnes atteintes de troubles alimentaires une issue pour sortir de cette situation souvent difficile et les aider à essayer de nouvelles expériences et à résister aux sentiments désagréables et aux peurs.
La symptomatologie complexe des troubles alimentaires et les quelques données basées sur des preuves qui existent légitiment une série de procédés psychothérapeutiques [1, 2, 8]. Les **thérapies cognitivo-comportementales** constituent la meilleure méthode pour aborder les comportements alimentaires pathologiques, l'absence de structure alimentaire et la peur de prendre du poids. La thérapie cognitivo-comportementale vise d'une part à corriger le mode de pensée dysfonctionnel et d'autre part, à obtenir des modifications comportementales concrètes. La **thérapie systémique** s'est révélée être efficace, avant tout chez les sujets jeunes, qui vivent encore dans leur famille. Cette thérapie ne se concentre pas uniquement sur l'individu malade, mais elle inclut également l'environnement (système). La famille peut constituer une ressource pour le patient mais elle peut également contribuer à la survenue et au maintien d'un trouble alimentaire en cas de modèles relationnels dysfonctionnels. Les interventions au sein de la famille et de l'entourage devraient aider le patient à se défaire du trouble alimentaire. Le développement dysfonctionnel, la peur souvent présente de devenir adulte et les problèmes d'estime de soi peuvent être traités par des **procédés psychodynamiques**. Les thérapies psychodynamiques s'attaquent aux conflits psychiques conscients et inconscients, qui jouent un rôle dans la survenue des troubles alimentaires. Une thérapie **psycho-corporelle** peut être indiquée pour les troubles de la perception corporelle. Les personnes atteintes de troubles alimentaires perdent souvent le rapport avec leur corps et la perception qu'elles en ont est fortement déformée. Par le biais d'exercices concrets, la thérapie psycho-corporelle permet à nouveau d'accéder à son propre corps et d'en reprendre possession. Pour tous les troubles alimentaires, la **psychoéducation** joue un rôle essentiel: les patientes doivent être informées au sujet de la maladie et de ses risques et dangers. Les malades et leurs proches devraient également être informés ouvertement sur le mode de traitement et sur les objectifs du traitement.
Sur le plan diagnostic et thérapeutique, il est utile que les patientes tiennent un **journal de bord alimentaire**. Auparavant, il est parfois nécessaire de développer la motivation à tenir un tel journal. Au début, le journal de bord alimentaire doit d'abord être tenu pour une durée d'une semaine, sans que les patientes ne changent rien à leur comportement alimentaire (état de référence). Dans ce journal, les patientes doivent consigner la nature et la quantité (pas en calories, mais en unités usuelles) d'aliments et de boissons consommés ainsi que la situation dans laquelle ils ont été consommés (par ex. à la maison, seule, debout devant le réfrigérateur, avec d'autres personnes, à la cantine, etc.). Les crises d'hyperphagie, les vomissements et les purgations doivent également être consignés. Il est demandé aux patientes de mettre par écrit les pensées et les sentiments associés à l'ingestion de nourriture et aux vomissements. Lors de la séance suivante, le journal de

bord alimentaire doit être discuté et analysé avec les patientes (prévoir assez de temps!). Le but est de rétablir lentement une structure alimentaire avec trois repas principaux et deux collations, des quantités de nourriture suffisantes et une composition équilibrée des repas. Il est également essentiel de se forger une idée sur la quantité de boisson ingérée des patientes; il est fréquent que les personnes atteintes de troubles alimentaires boivent trop peu (déshydratation) ou trop (pouvant aller jusqu'à une hyperhydratation).

Dans le traitement des troubles alimentaires, la tenue d'une **courbe de poids** est un autre instrument essentiel. Cet outil simple revêt une importance majeure, avant tout chez les patientes anorexiques. Grâce à cette courbe, il est possible de discuter et d'interpréter l'évolution avec la patiente et de définir conjointement les objectifs. L'évolution à long terme est cruciale: la courbe montre des tendances, indépendamment de fluctuations de courte durée, qui peuvent par ex. être dues à l'ingestion de grandes quantités d'eau avant la pesée. La courbe de poids est également importante chez les patientes atteintes de troubles alimentaires qui ne souffrent pas de maigreur: en cas de BN ou d'EDNOS, la courbe de poids est le meilleur moyen d'objectiver les fortes prises de poids redoutées qui sont associées à la normalisation du comportement alimentaire et de les traiter.

Consultation diététique

En visant une normalisation progressive du comportement alimentaire, les conseils en diététique peuvent être un complément essentiel à la psychothérapie. Les patientes devraient être en mesure de tenir un journal de bord alimentaire, ce qui présuppose qu'il y ait prise de conscience minimale de leur part. Les diététiciens devraient avoir de l'expérience en matière de troubles alimentaires. La collaboration interdisciplinaire et des échanges réguliers entre le médecin traitant et le diététicien sont fondamentaux.

Traitement pharmacologique

A l'heure actuelle, il n'existe pas de médicaments spécifiques aux troubles alimentaires. L'instauration de médicaments psychotropes est avant tout pertinente en cas de comorbidités psychiques et dépend des symptômes. En cas de maigreur importante, une vigilance particulière par rapport aux effets indésirables des médicaments s'impose [2].

Les hommes sont environ 10 fois moins touchés par les troubles alimentaires que les femmes

AM: L'administration d'antidépresseurs dans le cadre du traitement de l'AM s'est révélée être inefficace. Autrefois, les antidépresseurs étaient utilisés pour la prévention des rechutes d'AM, mais une grande étude n'est pas parvenue à démontrer leur efficacité dans ce contexte [25]. Par contre, les antidépresseurs sont indiqués lorsqu'un trouble dépressif ou un trouble obsessionnel-compulsif coexiste.

D'une manière générale, les neuroleptiques n'ont pas fait leurs preuves dans le traitement de l'AM. L'olanzapine est de plus en plus prescrite pour le traitement des AM sévères. A des doses comprises entre 2,5 et 15 mg/jour, une prise de poids, une réduction de la focalisation sur des thèmes ayant trait à la nourriture, une amélioration des troubles de la perception corporelle et des troubles du sommeil, une réduction des symptômes dépressifs ainsi qu'une observance thérapeutique accrue ont pu être observées [26, 27].

BN: La fluoxétine (antidépresseur/SSRI), à une dose de 60 mg/jour, a fait ses preuves dans le traitement de la BN et dans la prévention des rechutes. Curieusement, l'effet anti-boulimique de ce médicament ne dépend pas de la présence concomitante ou non d'une dépression. La thérapie cognitivo-comportementale est supérieure au traitement antidépresseur. La combinaison des deux modalités thérapeutiques n'a qu'une supériorité minime par rapport au traitement psychothérapeutique seul. Un traitement par antidépresseur est souvent instauré lorsque les patientes ne sont pas prêtes à suivre une psychothérapie ou lorsqu'il n'y pas de place disponible pour un traitement psychothérapeutique.

Traitement des comorbidités psychiques

En cas de comorbidités psychiques, il faut toujours déterminer quel trouble occupe l'avant-plan. Ainsi, une alcoolo-dépendance peut entraver le traitement du trouble alimentaire voire le rendre impossible; l'alcoolo-dépendance doit donc être prise en charge en premier. D'un autre côté, les symptômes compulsifs associés à l'AM, par ex., peuvent s'améliorer lorsque les patientes reprennent du poids. En présence concomitante de troubles anxieux, les symptômes d'angoisse et de panique peuvent être renforcés par les symptômes somatiques liés au trouble alimentaire, comme l'hypotension et l'hypoglycémie. Dans ce contexte, la psychoéducation et la normalisation du comportement alimentaire et du poids doivent occuper le premier plan.

Plus le traitement des troubles alimentaires est initié tôt, meilleur est le pronostic

Traitement des comorbidités somatiques

En cas d'AM, le meilleur remède à toutes les complications somatiques est en principe la normalisation du poids. Les recommandations internationales préconisent l'atteinte d'un IMC compris entre 18,5 et 20 kg/m^2 pour les adultes.

Chez les personnes souffrant de maigreur extrême, la réintroduction d'une alimentation normale devrait au début se faire par petites portions et sous surveillance médicale. Les portions doivent être augmentées lentement et par étapes afin de contrecarrer le risque de syndrome de renutrition inappropriée («refeeding syndrome»), qui est une complication potentiellement fatale redoutée. En cas de malnutrition sévère, la reprise rapide de l'alimentation peut être à l'origine de troubles électrolytiques sévères (hypophosphatémie, hypokaliémie, hypomagnésémie et rétention sodique) en raison de la réactivation du métabolisme du glucose; peuvent s'en suivre des troubles du rythme cardiaque

Tableau 4. Critères de jugement du risque somatique en cas de troubles alimentaires (d'après Treasure et al.).

	Risque modéré	Risque élevé
Etat nutritionnel		
IMC (kg/m²)	<15	<13
Percentiles d'IMC	<3.	<2.
Perte de poids (kg/semaine)	>0,5	>1,0
Purpura/pétéchies		+
Circulation		
PA systolique (mm Hg)	<90	<80
PA diastolique (mm Hg)	<60	<50
Hypotension orthostatique (mm Hg)	>10	>20
Pouls (battements/minute)	<50	<40
Saturation en oxygène (%)	<90	<85
Cyanose des extrémités		+
Etat musculo-squelettique		
Incapacité à passer de la position accroupie à la position debout sans faire un mouvement de balancier avec les bras	+	
Incapacité à passer de la position accroupie à la position debout sans s'appuyer sur les bras		+
Température corporelle (°C)		
	<35	<34,5
Valeurs biologiques		
Hémogramme, urée, électrolytes y compris phosphate, valeurs hépatiques, albumine, créatinine kinase, glucose	Ecarts par rapport à la normale	Potassium <2,5 mmol/l Sodium <130 mmol/l Phosphate <0,5 mmol/l
ECG		
		Allongement de l'intervalle QT (avant tout en cas de carence en potassium concomitante)

pouvant aller jusqu'à l'arrêt cardiaque, une dépression respiratoire, une encéphalopathie et des convulsions, une nécrose tubulaire rénale et d'autres complications. En cas d'apport de glucose, les besoins en thiamine (vitamine B_1) augmentent alors que les réserves sont épuisées, ce qui peut être à l'origine de complications potentiellement fatales avec accumulation de lactate et encéphalopathie de Wernicke. Pour cette raison, il faut procéder à une supplémentation en thiamine et éventuellement en d'autres vitamines et contrôler étroitement les électrolytes et l'équilibre hydrique [28]. L'une des complications aux plus lourdes conséquences est l'ostéoporose. Les anciennes recommandations qui préconisaient une substitution œstrogénique (le plus souvent sous forme de contraceptifs oraux) se sont révélées être peu efficaces [8, 29]. Les bisphosphonates ne sont pas recommandés pour le traitement de l'ostéoporose liée à l'anorexie. La prise quotidienne de calcium et de vitamine D_3 est recommandée, bien que le niveau de preuve de cette recommandation soit aussi faible jusqu'à présent [30]. En cas de BN, il est important de surveiller les taux de potassium et si nécessaire, d'initier une supplémentation.

Un aperçu des recommandations portant sur le traitement somatique avait été publié en 2005 dans cette revue [31].

Traitement hospitalier

Le traitement hospitalier dans un hôpital somatique est indiqué en cas de perte de poids rapide et de maigreur massive, dans quel cas l'IMC ne constitue en aucun cas l'unique critère de jugement; particulièrement en cas de rétention hydrique, l'IMC n'a qu'une pertinence très limitée. En cas d'AM, la bradycardie et l'hypothermie sont deux paramètres facilement mesurables et pertinents, qui signalent une décompensation métabolique. Les troubles électrolytiques et les troubles du rythme cardiaque sévères sont d'autres critères. Les infections peuvent rapidement conduire à une dégradation de l'état général et imposer une hospitalisation [8]. Le tableau 4 fournit un aperçu pour l'appréciation du risque somatique.

L'hospitalisation forcée allant à l'encontre de la volonté des personnes extrêmement maigres devrait rester une exception; dans ce cas, l'indication doit être posée de manière très restrictive. L'alimentation contrainte contre la volonté de la patiente devrait elle-aussi rester une mesure exceptionnelle et uniquement temporaire. Ce procédé implique d'importants aspects juridiques et éthiques, dont il faudrait dans la mesure du possible tenir compte en amont de l'hospitalisation. Dans la plupart des cas, l'alimentation forcée ne permet pas une amélioration durable de la situation et elle peut

accroître les résistances vis-à-vis du traitement [32]. Si une hospitalisation est néanmoins nécessaire, il est utile de la préparer à l'avance. La préférence devrait être donnée aux hôpitaux qui possèdent une équipe interdisciplinaire expérimentée dans le traitement des troubles alimentaires et un service de consultations psychiatriques.

Les ultimatums n'ont pas fait leurs preuves. Par ex., en menaçant d'hospitalisation une patiente si elle descend en-dessous d'un certain poids, les possibilités thérapeutiques peuvent être largement compromises. Par ailleurs, les ultimatums sont un terrain très favorable aux comportements manipulateurs et ils peuvent anéantir la relation thérapeutique.

La motivation de la patiente revêt une importante centrale pour le traitement psychothérapeutique hospitalier. Les programmes thérapeutiques sont multimodaux, ils se déroulent en groupes ou individuellement et peuvent durer plusieurs mois (3–6). Le plus souvent, la motivation doit d'abord être construite dans le contexte ambulatoire.

Conclusions

Dans les troubles alimentaires, le diagnostic précoce et l'initiation rapide d'un traitement jouent un rôle déterminant et ils sont associés à un meilleur pronostic. Au début du traitement, il est nécessaire d'établir une alliance thérapeutique solide, de cerner le mode comportemental pathologique et de développer la motivation au changement de la patiente. La normalisation du comportement alimentaire et la normalisation ou la stabilisation du poids sont d'une importance primaire dans le traitement. La psychothérapie est d'une valeur précieuse dans le traitement des troubles alimentaires: les interventions cognitivo-comportementales et les interventions familiales possèdent les meilleures preuves, avant tout chez les personnes jeunes. Les antidépresseurs (fluoxétine) sont utilisés dans le traitement des symptômes boulimiques; l'olanzapine est utilisée dans le traitement de l'AM mais les données à ce sujet sont encore limitées. Pour la planification du traitement et pour le pronostic, il faut tenir compte des comorbidités psychiques. Les risques et complications somatiques nécessitent une collaboration interdisciplinaire intensive.

Correspondance:
PD Dr Urs Hepp
Externer Psychiatrischer Dienst EPD
Psychiatrische Dienste Aargau AG
Haselstrasse 1
CH-5401 Baden
urs.hepp@pdag.ch

Références recommandées

– Treasure J, Claudino AM, Zucker N. Eating disorders. Lancet. 2010. 375(9714):583–93.
– Herpertz S, de Zwaan M, Zipfel S. Handbuch Essstörungen und Adipositas. 2008: Springer.
– Jacobi C, Thiel A, Paul T. Essstörungen. In: Reihe Fortschritte der Psychotherapie. D. Schulte et al. ,Editors. 2004, Hogrefe: Göttingen.
– Thiel A, Paul T. Zwangsbehandlung bei Anorexia nervosa – Psychotherapeutische und juristische Anmerkungen. Psychother Psychosom Med Psychol. 2007.57(3–4):128–35.
– Kamber V. Essstörungen – nicht nur ein psychiatrisches Problem: Medizinische Komplikationen bei Anorexia und Bulimia nervosa. Schweiz Med Forum. 2005;5(48):1195–202.

Vous trouverez la liste complète et numérotée des références dans la version en ligne de cet article sous www.medicalforum.ch.

Essstörungen / Troubles alimentaires

Literatur (Online-Version) / Références (online version)

1. APA. Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. Third edition. American Psychiatric Association. 2006.
2. NICE. Eating disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. Clinical Guideline. National Institute for Clinical Excellence 2004. Available from: http://guidance.nice.org.uk/CG9.
3. Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, O'Connor ME, Bohn K, Hawker DM, et al. Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: a two-site trial with 60-week follow-up. The American journal of psychiatry. 2009 Mar;166(3):311-9.
4. Russell G. Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. Psychological medicine. 1979 Aug;9(3):429-48.
5. APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-III. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1980.
6. Dilling H, Mombour W, Schmidt MH. Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern, Göttingen, Toronto: Hans Huber; 2010.
7. APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
8. Treasure J, Claudino AM, Zucker N. Eating disorders. Lancet. 2010 Feb 13;375(9714):583-93.
9. Milos G, Spindler A, Schnyder U, Fairburn CG. Instability of eating disorder diagnoses: prospective study. Br J Psychiatry. 2005 Dec;187:573-8.
10. Fairburn CG, Harrison PJ. Eating disorders. Lancet. 2003 Feb 1;361(9355):407-16.
11. Eddy KT, Dorer DJ, Franko DL, Tahilani K, Thompson-Brenner H, Herzog DB. Diagnostic crossover in anorexia nervosa and bulimia nervosa: implications for DSM-V. The American journal of psychiatry. 2008 Feb;165(2):245-50.
12. Hoek HW. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. Current opinion in psychiatry. 2006 Jul;19(4):389-94.
13. Preti A, Girolamo G, Vilagut G, Alonso J, Graaf R, Bruffaerts R, et al. The epidemiology of eating disorders in six European countries: results of the ESEMeD-WMH project. Journal of psychiatric research. 2009 Sep;43(14):1125-32.
14. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, Jr., Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Biological psychiatry. 2007 Feb 1;61(3):348-58.
15. Milos G, Spindler A, Schnyder U, Martz J, Hoek HW, Willi J. Incidence of severe anorexia nervosa in Switzerland: 40 years of development. The International journal of eating disorders. 2004 Apr;35(3):250-8.
16. Sullivan PF. Mortality in anorexia nervosa. The American journal of psychiatry. 1995 Jul;152(7):1073-4.
17. Keel PK, Brown TA. Update on course and outcome in eating disorders. The International journal of eating disorders. 2010 Apr;43(3):195-204.
18. Signorini A, De Filippo E, Panico S, De Caprio C, Pasanisi F, Contaldo F. Long-term mortality in anorexia nervosa: a report after an 8-year follow-up and a review of the most recent literature. European journal of clinical nutrition. 2007 Jan;61(1):119-22.

19. Harris EC, Barraclough B. Excess mortality of mental disorder. Br J Psychiatry. 1998 Jul;173:11-53.
20. Herpertz S, de Zwaan M, Zipfel S. Handbuch Essstörungen und Adipositas: Springer; 2008.
21. Zipfel S, Lowe B, Reas DL, Deter HC, Herzog W. Long-term prognosis in anorexia nervosa: lessons from a 21-year follow-up study. Lancet. 2000 Feb 26;355(9205):721-2.
22. Steinhausen HC. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. The American journal of psychiatry. 2002 Aug;159(8):1284-93.
23. Milos GF, Spindler AM, Buddeberg C, Crameri A. Axes I and II comorbidity and treatment experiences in eating disorder subjects. Psychotherapy and psychosomatics. 2003 Sep-Oct;72(5):276-85.
24. Ehrlich S, Burghardt R, Weiss D, Salbach-Andrae H, Craciun EM, Goldhahn K, et al. Glial and neuronal damage markers in patients with anorexia nervosa. J Neural Transm. 2008 Jun;115(6):921-7.
25. Walsh BT, Kaplan AS, Attia E, Olmsted M, Parides M, Carter JC, et al. Fluoxetine after weight restoration in anorexia nervosa: a randomized controlled trial. Jama. 2006 Jun 14;295(22):2605-12.
26. Dunican KC, DelDotto D. The role of olanzapine in the treatment of anorexia nervosa. The Annals of pharmacotherapy. 2007 Jan;41(1):111-5.
27. Bissada H, Tasca GA, Barber AM, Bradwejn J. Olanzapine in the treatment of low body weight and obsessive thinking in women with anorexia nervosa: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. The American journal of psychiatry. 2008 Oct;165(10):1281-8.
28. Zauner C, Zauner A, Lindner G, Kneidinger N, Schneeweiss B. Das Refeeding-Syndrom. Journal für Gastroenterologische und Hepatologische Erkrankungen. 2005;3(4):7-11.
29. Liu SL, Lebrun CM. Effect of oral contraceptives and hormone replacement therapy on bone mineral density in premenopausal and perimenopausal women: a systematic review. British journal of sports medicine. 2006 Jan;40(1):11-24.
30. Misra M, Klibanski A. Anorexia nervosa and osteoporosis. Reviews in endocrine & metabolic disorders. 2006 Jun;7(1-2):91-9.
31. Kamber V. Essstörungen – nicht nur ein psychiatrisches Problem: Medizinische Komplikationen bei Anorexia und Bulimia nervosa. Schweiz Med Forum. 2005;5:1195–202.
32. Thiel A, Paul T. Zwangsbehandlung bei Anorexia nervosa - Psychotherapeutische und juristische Anmerkungen. Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie. 2007 Mar-Apr;57(3-4):128-35.