

LES TROUBLES DE LA CONDUITE ALIMENTAIRE À L'ADOLESCENCE

Danielle Taddeo

Pédiatre

Hôpital Sainte-Justine

ÉPIDÉMIOLOGIE

- 2 /3 des femmes de 13 à 19 ans ne sont pas satisfaites de leur corps
- La moitié d 'entre elles ont déjà entrepris un régime amaigrissant (parfois dès l 'âge de 10 ans)
- 89% des femmes disent avoir un surplus de poids

ÉPIDÉMIOLOGIE

- **Anorexie nerveuse:** 0,5 à 1% des adolescentes
- **Boulimie nerveuse:** jusqu 'à 5 %
- **Troubles alimentaires sous-cliniques:** jusqu 'à 25%
- Chez 75%, le trouble alimentaire débute à l 'adolescence

TABLE 1. DSM-PC Criteria for Eating Disorders: Dieting–Anorexia Nervosa Spectrum

V65.49 Dieting/Body Image Variation

A significantly overweight child changes eating habits in a realistic, healthy way.
The child does not completely eliminate any food group but generally decreases intake of food, especially of sweets and fats or is eating an appropriate diet.
The child favors a thin appearance but has a realistic image.
The individual can stop dieting voluntarily.

V69.1 Dieting/Body Image Problem

Dieting and voluntary food restrictions are more restrictive and result in weight loss or failure to gain weight as expected during growth, but these behaviors are not sufficiently intense to qualify for the diagnosis of anorexia nervosa or eating disorder, not otherwise specified.
The individual begins to become obsessed with the pursuit of thinness and develops systematic fears of gaining weight.
The individual also begins to develop a consistent disturbance in body perception and starts to deny that weight loss or dieting is a problem.

Adapted from Wolraich ML, Felice ME, Drotar D (eds): The Classification of Child and Adolescent Mental Diagnoses in Primary Care: Diagnostic and Statistical Manual for Primary Care (DSM-PC), Child and Adolescent Version. Elk Grove Village, IL, American Academy of Pediatrics, 1996.

Anorexie mentale

Critères diagnostiques

DSM - IV

- Refus de maintenir un poids corporel à ou au-dessus d'un poids minimum normal pour l'âge et la taille.
- Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, alors que le poids est inférieur à la normale.
- Perturbation de l'estimation de son poids corporel ou de ses formes, influence excessive du poids ou de l'aspect corporel sur l'estime de soi, ou déni de la gravité de l'amaigrissement.
 - Type restrictif
 - Type boulimique purgatif
- Aménorrhée

Anorexie nerveuse (*Feighner*)

- A. Âge d'apparition: avant 24 ans
- B. Perte de poids de 25%
- C. Distorsion de l'attitude p/r à l'alimentation se manifeste par:
 - négation de l'état de maigreur
 - engouement apparent pour la perte de poids et plaisir excessif pris au refus de la nourriture
 - désir d'atteindre une minceur extrême et de s'y maintenir
 - manipulation excessive des apports alimentaires.
- D. Absence de maladie somatique ou psychiatrique autre pouvant expliquer la perte de poids.
- E. Au moins 2 des manifestations suivantes: aménorrhée, lanugo, bradycardie, période d'hyperactivité, épisodes de boulimie, vomissements induits volontairement ou abus de laxatifs.

« AN: Trouble d'estime de soi et de contradictions »

Dr. B. Lask

grosse

bien

pleine

jeûne

obsédée

faible estime de soi

en contrôle

amie

confort

avantages

support

fragilité

maigre

malade

vide

fringales

évitement de la nourriture

succès

pas de contrôle

ennemie

tourmentée (par le désir d'être mince)

désavantages

coercition

force

Boulimie nerveuse

Critères diagnostiques DSM - IV

- Épisodes récurrents de frénésie alimentaire
 - Consommation, en une période de temps limitée, d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des personnes consommeraient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances.
 - Un sentiment de perte de contrôle sur l'alimentation
- Présence d'un comportement compensatoire récurrent et inapproprié afin de prévenir le gain pondéral.
- Au moins deux épisodes boulimiques avec comportement compensatoire inapproprié par semaine en moyenne pendant au moins trois mois.
- L'estime de soi est indûment influencée par l'aspect corporel et le poids.
- Le trouble ne survient pas exclusivement durant les épisodes d'anorexie mentale.
 - Type purgatif
 - Type non purgatif

BN: trouble d'estime de soi et de contrôle

B.Lask

- Poids normal
- Préoccupation par rapport au poids, à l'image corporelle
- Sentiment de perte de contrôle

- Impulsivité
- Dépression
- Auto-mutilation
- Abus de substances
- Comportements à risque

Trouble alimentaire indéterminé

Hyperphagie

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL D 'UN TCA

- Cancer, tumeur du SNC
- Maladie gastro-intestinale
- Maladie endocrinienne: DB, hyperthyroïdie...
- Dépression, TOC...
- Autres maladies ou infections chroniques
- Syndrôme de l 'artère mésentérique supérieure

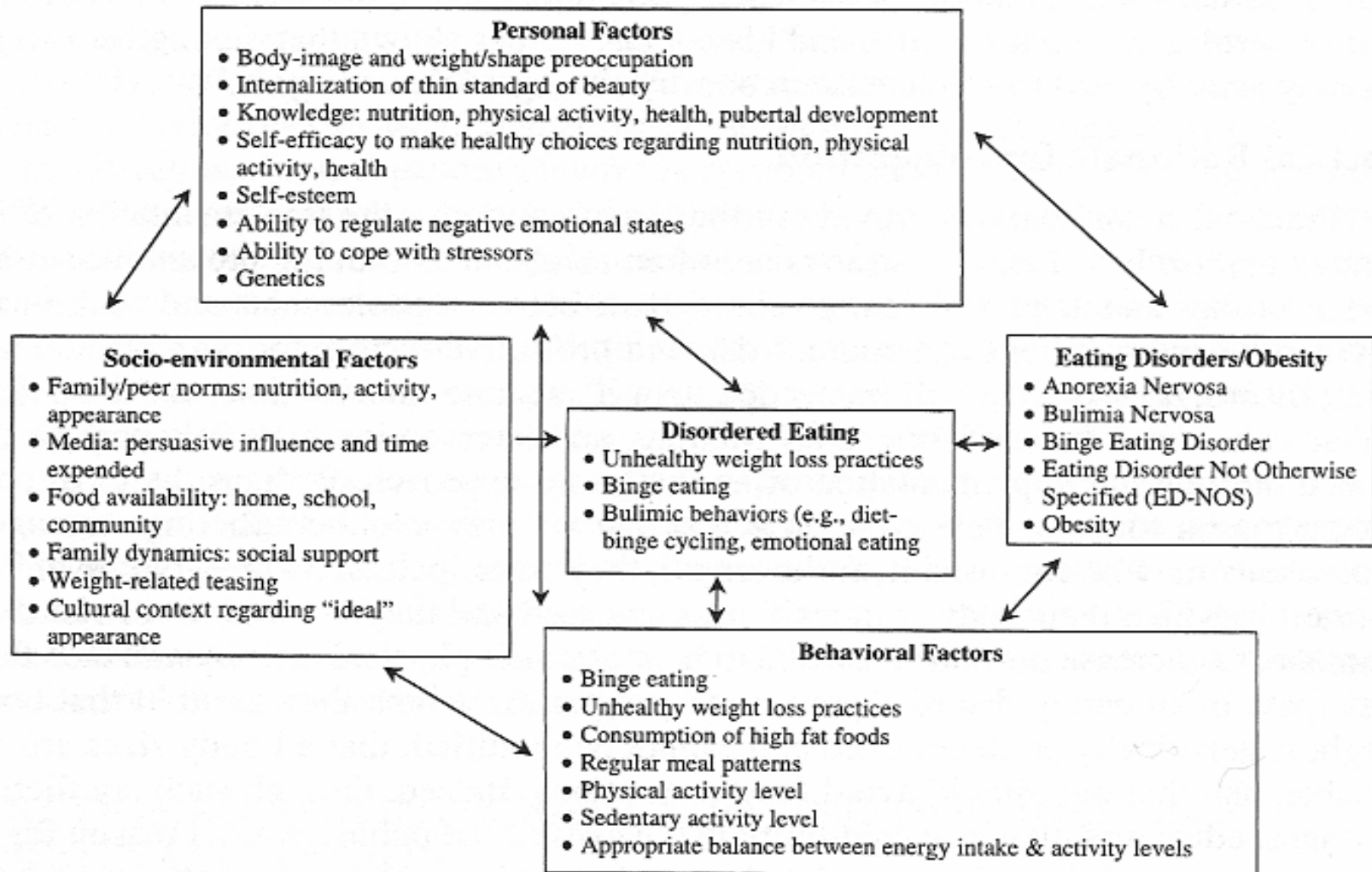
ÉTIOLOGIE

- Facteurs génétiques (Locus 1p, études de jumeaux et familiales...)
- Facteurs biologiques (Effets du jeûne, sérotonine, leptine...)
- Facteurs psychologiques, personnels
- Facteurs familiaux
- Facteurs sociaux

Donc multifactorielle

ÉTIOLOGIE

Modèle de Neumark-Sztainer et Irving



FACTEURS DE RISQUE

- Hx familiale de trouble alimentaire ou d'obésité
- Maladie affective ou alcoolisme dans la famille (1er degré)
- Ballet, gymnastique, « modeling »
- Traits de personnalité (perfectionnisme)
- Abus sexuel ou physique
- Faible estime de soi
- Insatisfaction face à l'image corporelle
- Hx de régime excessif, repas sautés, exercice compulsif

La croissance à l'adolescence

- 20% de la taille adulte y est acquise
 - 50% du poids adulte
 - 50% à 60% de la masse osseuse
-
- **Donc: besoins caloriques et protéiniques maximaux**

État nutritionnel de l'anorexique

- Diminution de l'apport énergétique
- Diminution des gras
- Diète variable selon le stade de la maladie
 - évitement ou excès
 - bons ou mauvais aliments
 - manies, contrôle

État nutritionnel de l'anorexique

- Déficiences vitaminiques peu évidentes
 - choix alimentaires
 - prise de vitamines
 - métabolisme basal ralenti
- Déficiences sub-cliniques en fer, calcium et zinc
- Aménorrhée protectrice d'une déficience en fer ...

Complications cardio-vasculaires

- Réduction de la masse cardiaque
- R.C. < 60 (87%)
 - re: métabolisme basal abaissé
- Hypotension artérielle, orthostatique
- Arythmies
- Cardiomyopathie (Ipecac)

Aménorrhée

Causes

- Dysfonction hypothalamique
 - FSH et LH abaissées
 - oestrogènes ovariens diminués
 - état pré-pubère ou début de la puberté
 - utérus et ovaires petits
- Perte de poids sous seuil critique (15%?) avec réduction de la masse adipeuse
- Malnutrition

Aménorrhée

Causes

- Hypercortisolémie
- Exercice
- Leptine ?
- Facteurs psychologiques ? (aménorrhée précède perte de poids chez 16%)

Aménorrhée résolue...

- Gain de poids jusqu' à 90% PI (75-115%)
=2 kg de plus que lors de la survenue
de l' aménorrhée
- Requiert un rétablissement de l'axe
hypothalamo- hypophyso- ovarien
- ? masse adipeuse

Ostéopénie

- Fréquente: 50% D.O. < 2 DS
- Peut être irréversible
- Facteurs aggravants
 - poids très bas
 - début précoce
 - durée de la maladie
 - aménorrhée primaire, prolongée
 - activité physique intense
- Risque réel de fractures

Ostéopénie: causes

- Malnutrition (IMC, apport calorique, masse adipeuse, leptine)
- Aménorrhée: déficience en oestrogènes
- Cortisol élevé
- Apports faibles en Ca et Vit D

Ostéopénie

- Prévention
- Traitement
 - reprise de poids
 - retour des menstruations
 - apports calciques 1.5g/jour
 - vitamine D 400 UI
 - hormonothérapie

Complications dermatologiques

- Lanugo
- Peau sèche
- Perte de cheveux
- Teint caroténémique
- Acrocyanose
- Purpura
- Brûlures
- Callosités sur le dos de la main

Complications digestives

- Constipation
- Retard de vidange gastrique
- Anomalies hépatiques
 - ? nécrose focale, infiltration graisseuse
 - Augmentation des ASL/ALT
- Pancréatite
- Syndrome de la pince méésentérique

Complications digestives

- **Usage de laxatifs**
 - diarrhée
 - rectorragies
 - constipation

Complications métaboliques

- Hypoglycémie
 - Hypercholestérolémie
 - Hypocalcémie
 - Hypophosphorémie : à surveiller lors de la réalimentation
 - Hyponatrémie (intoxication à l'eau)
 - Hypokaliémie
 - Alcalose hypochlorémique
- } Vomissements

Complications hématologiques

- Hypoplasie de la moëlle osseuse
 - ↓Hb
 - ↓Gb
 - ↓plaquettes
- VS normale ou diminuée
- Infections graves peu fréquentes
 - **attention** absence de signes...

Complications neurologiques

- Changements neuro- psychologiques
- Atrophie cérébrale avec élargissement des ventricules
- Convulsions
- Neuropathie périphérique : pied tombant

ÉVALUATION MÉDICALE

- Questionnaire:
 - Raison de consultation
 - Maladie actuelle
 - Perte de poids (Poids max et min, début, facteur déclenchant, comment, objectif)
 - Alimentation
 - Auto-vomissements
 - Médicaments
 - Activités physiques
 - Où se situe-t-elle

ÉVALUATION MÉDICALE

- Questionnaire
 - Image corporelle
 - Répercussions physiques
 - . Neurologique
 - . Cardiaque
 - . Pulmonaire
 - . Digestif
 - . Urinaire
 - . Dermatologique
 - . Gynécologique
 - . Fatigue, faiblesse, frilosité

ÉVALUATION MÉDICALE

- Questionnaire
 - Psycho-social:
 - . Home Entente familiale
 - . Education
 - . Activités, affect, amis
 - . Drogues
 - . Sexualité
 - ATCD personnels et familiaux

ÉVALUATION MÉDICALE

Examen physique... complet

Poids - Taille SV: RC TA Temp.

- Apparence générale
- Tête et cou
- Cœur
- Poumons
- Abdomen
- ROT
- Peau

Courbe de
croissance

INVESTIGATION... selon l'évaluation

- FSC
- Urée, créat
- iono
- Ca, Mg, P
- VS
- Protéines totales , albumine
- Bilan hépatique
- Bilan thyroïdien

ANNONCE DU DIAGNOSTIC

- Dire pourquoi, interpréter les trouvailles du questionnaire et de l'examen physique
- Pas un diagnostic d'exclusion
- Rencontre avec les parents: essentielle
 - Obtenir leur perception de la situation (avec tact)
 - Leur faire part de notre impression diagnostique
 - Déculpabiliser
 - Explication de la maladie et de son évolution
 - Peu d'interprétation des causes possibles à ce stade
 - Message positif :la majorité ont une bonne évolution mais cela peut être long...
 - Miser sur les forces de l'adolescente, sur sa détermination, sa compétence

PRINCIPES DE TRAITEMENT... selon Comerci

- Reconnaître le désordre alimentaire et rétablir une stabilité physiologique rapidement
- Établir une relation de confiance, une alliance thérapeutique avec l'adolescent
- Impliquer la famille dans le traitement
- Approche interdisciplinaire

UNE RELATION DE CONFIANCE... selon Kreipe

- Reconnaître le conflit de façon explicite
- Emphase sur la volonté
- Approche développementale
- Éviter le blâme, la culpabilité, la faute
- Expliquer le TCA et le voir comme un moyen de gérer des enjeux propres à l'adolescence (contrôle, identité...)
- Accepter que la pte puisse être fâchée face à certaines demandes

INTERVENTION

- Encourager l'adolescente à se questionner sur le sens de sa conduite alimentaire
- Lui demander de freiner la chute de poids
- Lui retirer le contrôle de la cuisine
- Donner aux parents le contrôle de l'alimentation (en laissant certains choix à l'adolescente)
- Tout en donnant une grande place à la composante psychologique fondamentale à la problématique, mettre l'accent sur l'importance de maintenir une santé physique acceptable

IMPLICATION DES PARENTS: Éducation, conseils

- Contenir l'anxiété
- Communication
- Résolution de conflits
- Constance entre les parents
- Constance dans le temps
- Collaboration et travail d'équipe

INTERVENTION

- Consultations
 - Psychologie
 - Psychiatrie
 - Diététique
 - Service social
- Médication
- ANEB

PRONOSTIC

- ... varie selon les études...
- À l'adolescence:
 - jusqu'à 75% de guérison pour l'anorexie
 - environ 60% pour la boulimie

« L'anorexie nerveuse, une maladie à quatre temps »

Dr Jean Wilkins

- Le temps 1: Un temps actif de restriction
 - perte de poids jusqu'à un poids minimum (plancher)
 - plaisir intense re: sentiment de contrôler son corps
- Le temps 2: Un temps de stagnation dynamique
 - poids stable
 - pressions de l'entourage pour changer le comportement alimentaire

- Le temps 3: Le temps de la reprise pondérale
 - perte de contrôle de l'alimentation
 - prise de poids
 - sentiment d'échec, idées suicidaires
 - soulagement des parents et des intervenants
 - suivi plus étroit
- Le temps 4: L'après-anorexie
 - prise de conscience d'une possible « fragilité »
 - les choix: vie affective
vie professionnelle

LE SUIVI

- Fréquence des visites variable selon:
 - SV
 - Perte de poids (plus serré si perte de poids active ou gain de poids rapide)
 - État psychologique
 - Situation familiale
 - Paramètres biologiques

INDICATIONS D'HOSPITALISATION

- SV inquiétants RC<50
TA<90/ 60 (+/-)
- Épuisement physique ou psychique avec incapacité à fonctionner au plan scolaire et social
- Désordres électrolytiques
- Perte de poids rapide ou constante en externe
- Situation familiale détériorée

Complications digestives

- **Vomissements**
 - érosions dentaires
 - gonflement des glandes salivaires
 - oesophagite
 - syndrome de Mallory-Weiss
 - rupture de l'œsophage
- **Boulimie**
 - dilatation aigue de l'estomac
 - rupture gastrique

Hypokaliémie

- Symptômes: céphalée, constipation, faiblesse musculaire, paralysie, polyurie
- Souvent chronique, donc peu parlante...
- Anomalies à l'ECG, arythmies
- Traitement: réplétion volémique (2/3 BE) potassium IV et /ou PO
- Attention aux suppléments en externe...

Autres complications

- Pneumothorax
- Pneumomédiastin