

## 7/ Trouble du comportement alimentaire de l'enfant et de l'adolescent

### I. Anorexie mentale

#### Introduction

Trouble psychopathologique multifactoriel avec conséquences somatiques potentiellement graves  
Conduite d'addiction ou de dépendance

#### Epidémiologie

Jeunes filles (9 filles / 1 garçon)

2 pics de survenue: 13-14 ans et 18-20 ans (plus rarement avant la puberté)

Environ 1% des adolescentes

#### Repérage précoce

HAS - questionnaire

1. Vous faites-vous vomir parce que vous vous sentez mal d'avoir trop mangé ?
2. Vous inquiétez-vous d'avoir perdu le contrôle de ce que vous mangez ?
3. Avez-vous récemment perdu plus de 6 kg en 3 mois ?
4. Pensez-vous que vous êtes gros(se) alors que d'autres vous trouvent trop mince ?
5. Diriez-vous que la nourriture domine votre vie ?

#### Triade symptomatique

**Anorexie:** conduite active de restriction alimentaire, souvent justifiée par un régime devenant drastique / attitudes particulières face à la nourriture / sensation de faim remplacée par une intolérance à la nourriture

**Amaigrissement:** progressif et souvent massif à la 1ère consultation / peut atteindre 50% du poids initial / aspect physique évocateur / méconnaissance voire déni de la maigreur / trouble de la perception de l'image du corps, fixations dymorphophobiques

**Aménorrhée:** primaire ou secondaire, non uniquement lié au désordre nutritionnel / un des derniers symptômes à disparaître

#### Signes cliniques associés

- Potomanie (signe de gravité)
- Mérycisme: régurgitation et remastication des aliments (signe de gravité)
- Douleurs abdominales
- Vomissements provoqués
- Prise de laxatifs ou diurétiques
- Hyperactivité motrice

## Signes somatiques

- Cheveux secs et tombants, ongles striés et cassants, peau sèche, lanugo, hypertrichose, érosions buccales, dents abîmées
- Hypertrophie des parotides
- Troubles cardiovasculaires: pâleur, acrocyanose, froideur des extrémités, hypotension, bradycardie, oedèmes de carence
- Hypothermie
- Constipation
- Fractures liées à l'ostéoporose

## Contexte psychologique

- Dénier de la gravité
- Sentiment de bien être de maîtrise et de triomphe
- Désir éperdu de maigrir et peur de grossir
- Isolement relationnel
- Dépendance relationnelle: relations avec les parents marquées par l'emprise / conflits avec les parents contribuant à l'auto renforcement de la conduite
- Besoin de maîtrise du corps
- Sexualité désinvestie
- Hyperinvestissement scolaire / intellectualisme
- Faiblesse de l'estime de soi et dépression au coeur de la psychopathologie
- Pas de troubles psychiatriques majeurs

## Données paracliniques

- Diagnostic clinique
- Examens complémentaires pour retentissement de la dénutrition et diagnostic différentiel
- Examens biologiques (hémogramme, fonction rénale et hépatique), ECG, absorptiométrie osseuse après 6 mois d'aménorrhée

## Signes de gravité

- Amaigrissement rapide, brutal et > 30% du poids
- IMC < 13
- Bradycardie < 40/min
- Hypotension < 9/5
- Troubles du rythme cardiaque (hypokaliémie)
- Hypothermie
- Troubles biologiques graves
- Epuisement
- Ralentissement psychique, troubles de la conscience
- Episode dépressif majeur, idéations suicidaires

## Diagnostic différentiel

**Affections psychiatriques:** dépression majeure, épisode psychotique, phobies alimentaires

**Affections organiques:** tumeurs cérébrales, cancers, maladies du tractus digestif, hyperthyroïdies, panhypopituitarisme (insuffisance des glandes périphériques sous contrôle de l'hypophyse), maladie d'Addison

## Formes cliniques

- Anorexie-boulimie: 50% des cas
- Anorexie mentale du garçon: 10%, en augmentation, trouble de l'identité sexuelle
- Anorexie pré pubère: 8-10% des cas (retard de croissance, pronostic plus grave)
- Anorexie sub clinique

## Facteurs étiopathogéniques

### Facteurs psychologiques

- Rôle de l'adolescence
- Personnalité pré morbide: enfance sans histoire, aconflictuelle, souci de conformisme et de répondre aux attentes narcissiques de la mère
- Facteurs familiaux: crainte des conflits, difficulté d'autonomie, effacement des barrières entre les générations

### Facteurs culturels

- Corps idéal, maîtrisé et contrôlé
- Impact de la valorisation de la femme mince sur adolescentes au narcissisme défaillant

### Rôle de la dénutrition

- Impact important: facteur dépressogène, modification des perceptions

### Psychopathologie individuelle

- Déplacement des conflits intrapsychiques
- Fragilité identitaire
- Conflit dépendance-autonomie
- Exigences en réponse de l'angoisse de ne pas contrôler, à la peur des appétits, à l'insupportable de la sexualité

### Evolution et pronostic

- Durée d'évolution de plusieurs mois à toute une vie
- Décès 10% des cas (dénutrition, suicide)
- Rechutes environ 50% des cas
- Conduites alimentaires et poids normalisés dans 75 à 80% des cas à 5 ans
- Chronicité dans 15 à 20% des cas
- Guérison à 4 ans: 50-60% des cas si triade symptomatique

## Principes de traitement

Abord global intégré, somatique et psychologique, dans la durée

**Objectifs multiples:** traiter le symptôme majeur, traiter la personnalité, traiter les dysfonctionnements familiaux

**Hospitalisation** si danger vital ou si malgré suivi ambulatoire poursuite de la perte de poids ou absence de reprise de poids

**Contrat de poids:** objet de médiation utile permettant de mobiliser les positions du patient et de son entourage

**Psychotropes** uniquement en appoint

**Psychothérapies** de soutien, analytique, psychodrame, cognitivo-comportementale

**Famille:** groupe de parole, thérapie familiale

Adopter une attitude souple par rapport à la nourriture

Attitude empathique et déculpabilisante

## Critères d'hospitalisation

### Anamnestiques

- Perte de poids rapide: plus de 2kg/semaine
- Refus de manger, refus de boire

- Lipothymies ou malaises d'allure orthostatique
- Fatigabilité voire épuisement évoqué par le patient

#### **Cliniques**

- IMC < 14 au-delà de 17 ans, < 13.2 à 15 et 16 ans, < 12.7 à 13 et 14 ans
- Ralentissement idéique verbale, confusion
- Syndrome occlusif
- Bradycardies extrêmes, tachycardies
- Hypotension (< 80 mmHg)
- Hypothermie ou hyperthermie

#### **Paracliniques**

- Acétonurie, hypoglycémie
- Troubles hydroélectrolytiques ou métaboliques sévères
- Elévation de la créatinine
- Cytolyse, leuconéutropénie, thrombopénie

#### **Risque suicidaire**

- Tentative de suicide réalisée ou avorté, plan suicidaire précis, automutilations répétées

#### **Comorbidités**

- Tout trouble psychiatrique associé dont l'intensité justifie une hospitalisation: dépression, abus de substances, anxiétés, symptômes psychotiques, troubles obsessionnels compulsifs

#### **Anorexie mentale**

- Idéations obsédantes intrusives et permanentes
- Incapacité à contrôler les pensées obsédantes
- Nécessité d'une renutrition
- Exercice physique excessif et compulsif
- Conduites de purge (vomissements, laxatifs, diurétiques)

#### **Motivation, coopération**

- Echec antérieur d'une prise en charge ambulatoire bien conduite
- Patient peu coopérant ou coopérant uniquement dans un environnement de soins très structuré
- Motivation trop insuffisante

#### **Disponibilité de l'entourage**

- Problèmes familiaux ou absence de famille pour accompagner les soins ambulatoires
- Epuisement familial

#### **Stress environnemental**

- Conflits familiaux sévères, critiques parentales élevées
- Isolement social sévère

#### **Disponibilité des soins**

- Pas de traitement ambulatoire possible par manque de structures

### **Hospitalisation**

- Ré alimentation: par voie orale progressive sauf si urgence vitale
- Contrat d'hospitalisation négocié avec le patient et sa famille, poids et relations avec l'entourage
- La séparation thérapeutique peut faire partie du contrat, permet d'ouvrir des possibilités de relations nouvelles au travers de la vie institutionnelle
- Psychothérapie individuelle
- Thérapie familiale
- Mesures thérapeutiques diversifiées

## Syndrome de renutrition

Syndrome potentiellement fatal, causé par une renutrition trop rapide après une période de dénutrition. Le signe majeur est l'hypophosphémie. La nutrition peut être commencée simultanément à la correction en électrolytes et vitamines.

### Hypophosphorémie - Conséquences

- Cardiaques: diminution de la fonction myocardique, arythmie, insuffisance cardiaque congestive
- Neuromusculaires: asthénie, confusion, neuropathie, parasthésies, rhabdomyolyse, Guillain-Barré
- Hépatiques: insuffisance hépatique aiguë
- Respiratoires: insuffisance respiratoire aiguë
- Hématologiques: anémie, hémolytique, thrombopénie
- Squelettiques: ostéomalacie

## II. Boulimie

### Introduction

Trouble psychopathologique à incidence somatique

Consommation exagérée d'aliments avec perte de contrôle des prises, rapidement, sans rapport avec la sensation de faim

Diagnostic souvent tardif

### Epidémiologie

Fréquente dans les pays les plus développés

Prévalence: 1.5% de la population féminine

3-4 filles / 1 garçon

Début vers 18-20 ans

### Diagnostic clinique

Forme clinique caractéristique = forme compulsive normo pondérale, évoluant par accès avec vomissements provoqués

#### Crise

- 1 à 2 fois par semaine à plusieurs fois par jour
- Ingestion massive
- Impulsive, irrépressible avec perte de contrôle
- Grande quantité de nourriture, richement calorique
- Moments de solitude, en cachette, en dehors des repas
- Arrêt par vomissements provoqués
- Sentiments de honte, de dégoût de soi, de culpabilité à la fin de l'accès
- Diverses stratégies de contrôle du poids

#### Caractéristiques psychiques

- Peur de grossir
- Préoccupations autour du poids et de l'image corporelle
- Préoccupations autour de la nourriture
- Dépendance exagérée aux parents et notamment à la mère
- Investissement perturbé de la sexualité
- Fréquemment associés: anxiété, dépression, kleptomanie...

### Diagnostic différentiel

- Fringales, grignotages et hyperphagies prandiales
- Hyperphagies dans le cadre d'un diabète, syndrome de Kluver-Bucy
- Episode maniaque

### Formes cliniques

- Boulimie normo pondérale dans 70% des cas
- Boulimie avec obésité dans 30% des cas
- Formes mixtes anorexie et boulimie
- Formes masculines plus sévères / trouble de l'identité sexuée
- Etat de mal boulimique exceptionnel et grave

### Evolution et pronostic

- Evolution longue et fluctuante
- Chronicité avec troubles associés: dépression, TS, co addictions
- Pronostic dépend de la psychopathologie sous jacente
- Complications somatiques (troubles métaboliques et hydroélectrolytiques, troubles du cycle menstruel..)

### Principes de traitement

Chimiothérapie IRS: efficacité sur intensité et nombre de crises

Psychothérapies

Hospitalisation rare

## III. Troubles des conduites alimentaires du nourrisson

Alimentation au coeur de la relation précoce mère-enfant

La régulation mutuelle de l'interaction peut être décrite à 3 niveaux: comportemental, affectif et fantasmatique

- Comportemental: expressions faciales, regards, postures et gestes
- Affectif: contact oeil à oeil, paroles et attention de la mère et vocalisations du bébé
- Fantasmatique: attitudes corporels de la dyade, distances, verbalisations au cours de la consultation

### Anorexie d'opposition

- La plus fréquente
- Plus conduite de refus qu'absence d'appétit
- Besoin de changement et non caprice
- Moment de changement (sevrage, nourrice, déménagement)
- Rapport de force accentue le malentendu
- Souvent poids conservé mais perte de poids ou stagnation pondérale = critères de gravité
- Formes simples et complexes

### Anorexie d'inertie

- Plus rare et plus grave
- Perte de poids constante avec engagement du pronostic vital
- Associée à des troubles dépressifs
- Début précoce possible (premier trimestre)
- Contexte de privation affective

## Vomissements

- Fonctionnels ou psychogènes
- Contexte relationnel non adapté avec bouleversement du mode de vie (séparation avec la mère)
- Risque de déshydratation aiguë
- Deuxième trimestre ou avant

## Mérycisme

- Sentiment d'insécurité chez l'enfant
- Autres signes de la série dépressive, repli sur soi
- Contexte de carence affective sévère
- Aggravé par une béance du cardia
- Formes bénignes et formes sévères plus rares