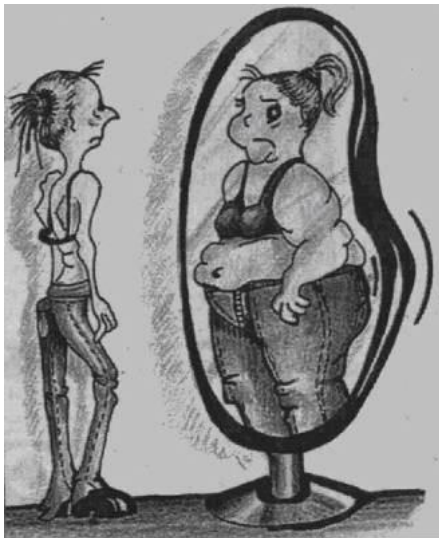


Les TCA « extra-ordinaires »

*Particularités des Troubles du Comportement Alimentaire (TCA) **Atypiques***



M.Chabrier (Interne), Dr S.Levallois

Troubles des conduites alimentaires

Centre Diocésain

Mardi 29 juin 2010



Plan

- Les TCA atypiques et les classifications
- Epidémiologie
- Les TCA atypiques, vraiment extraordinaires ?
- Facteurs de risque et de mauvais pronostic
- Evolution des TCAA
- Comorbidités somatiques et psychiatriques
- Prises en charge thérapeutiques

Les TCA selon les classifications

□ **DSM-IV-TR**

AM (Anorexie Mentale), **BO** (Boulimie),
TCANS (Trouble des Conduites
Alimentaires Non Spécifié)

□ **CIM-10**

Anorexie mentale, Anorexie mentale
atypique, Boulimie, Boulimie atypique,
Hyperphagie associée à d'autres
perturbations psychologiques

TCA typiques critères DSM-IV-TR

□ **Anorexie mentale:**

- **Refus de maintenir le poids corporel** au niveau ou au-dessus d'un poids minimum normal pour l'âge et pour la taille (<85% du poids 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
- **Aménorrhée**

TCA typiques critères DSM-IV-TR

□ **Boulimie:**

■ Survenue récente de **crises de boulimie:**

- Absorption, en une période de temps limitée d'une quantité de nourriture largement > à ce que la plupart des gens absorberaient dans la même période et les mêmes circonstances
- Sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise

■ **Comportements compensatoires**

inappropriés et récurrents visant à prévenir la prise de poids

TCA typiques critères DSM-IV-TR

- Les crises de boulimie et les comportements compensatoires inappropriés surviennent tous 2, en moyenne, au moins **2 fois / semaine pendant 3 mois**
- **L'estime de soi** est influencée de manière excessive par le poids et la forme corporelle
- Le trouble ne survient **pas exclusivement pendant des périodes d'AM**

Critères diagnostiques pour les troubles alimentaires atypiques (DSM-IV-TR)

Troubles ne **remplissant pas les critères** d'un trouble des conduites alimentaires spécifique ex:

- ❑ Présence de tous les signes cliniques d'anorexie mentale, **à l'exception de l'aménorrhée**
- ❑ Présence de tous les signes cliniques d'anorexie mentale, mais, malgré une perte de poids, **le poids reste dans la norme**
- ❑ Présence de tous les signes cliniques de boulimie, **à l'exception du nombre requis d'accès boulimiques**

Critères diagnostiques pour les troubles alimentaires atypiques (DSM-IV-TR)

- ❑ Épisodes récurrents de **frénésies alimentaires en l'absence de comportements compensatoires** réguliers (Binge Eating Disorder)
- ❑ Comportement **compensatoires** réguliers suite à l'ingestion de **petites quantités de nourriture**
- ❑ Tendance à **mâcher** et **recracher** de grandes quantités de nourriture

TCA-Classification CIM-10

□ **Anorexie mentale**

- Poids corporel < 15% à la normale
- Perte de poids provoquée par l'évitement des aliments qui font grossir, souvent associé à des vomissements provoqués, laxatifs, exercices physiques, diurétiques, coupe-faim
- Perturbation de l'image du corps avec peur de grossir
- Trouble endocrinien diffus de l'axe hypothalamo-hypophyso-gonadique avec aménorrhée
- **Trouble de la puberté** (retards...)

TCAA-Classification CIM-10

□ Anorexie **atypique**:

- Un ou plusieurs symptômes de l'anorexie mentale sont absents, le tableau clinique étant par ailleurs relativement typique
- Ou tous les symptômes sont présents mais intensité faible ou modérée

TCA-Classification CIM-10

□ Boulimie

- Préoccupation persistante concernant l'alimentation, besoins irrésistible de nourriture, épisodes **d'hyperphagie** avec consommation rapide de grandes quantité de nourriture en un temps limité
- Tentative de **neutralisation** de la **prise de poids** (laxatifs...)
- Manifestations psychopathologiques (crainte morbide de grossir...). Souvent antécédent d'anorexie mentale

TCAA-Classification CIM-10

□ Boulimie **atypique**

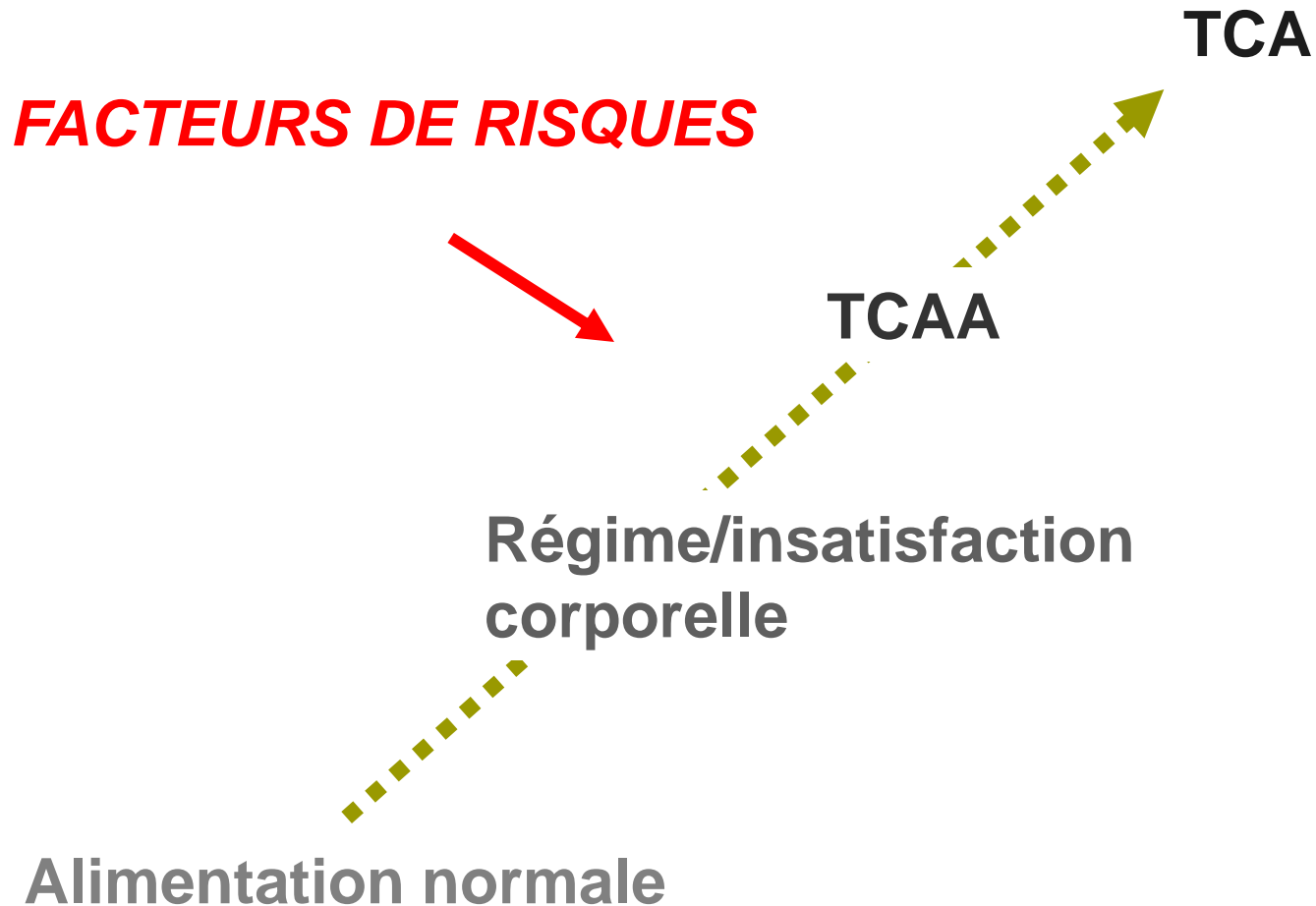
- Un ou plusieurs symptômes de la boulimie sont absents, le tableau clinique étant par ailleurs relativement typique

- Poids normal voire excessif mais avec périodes d'hyperphagie associée à des vomissements ou un abus de laxatifs

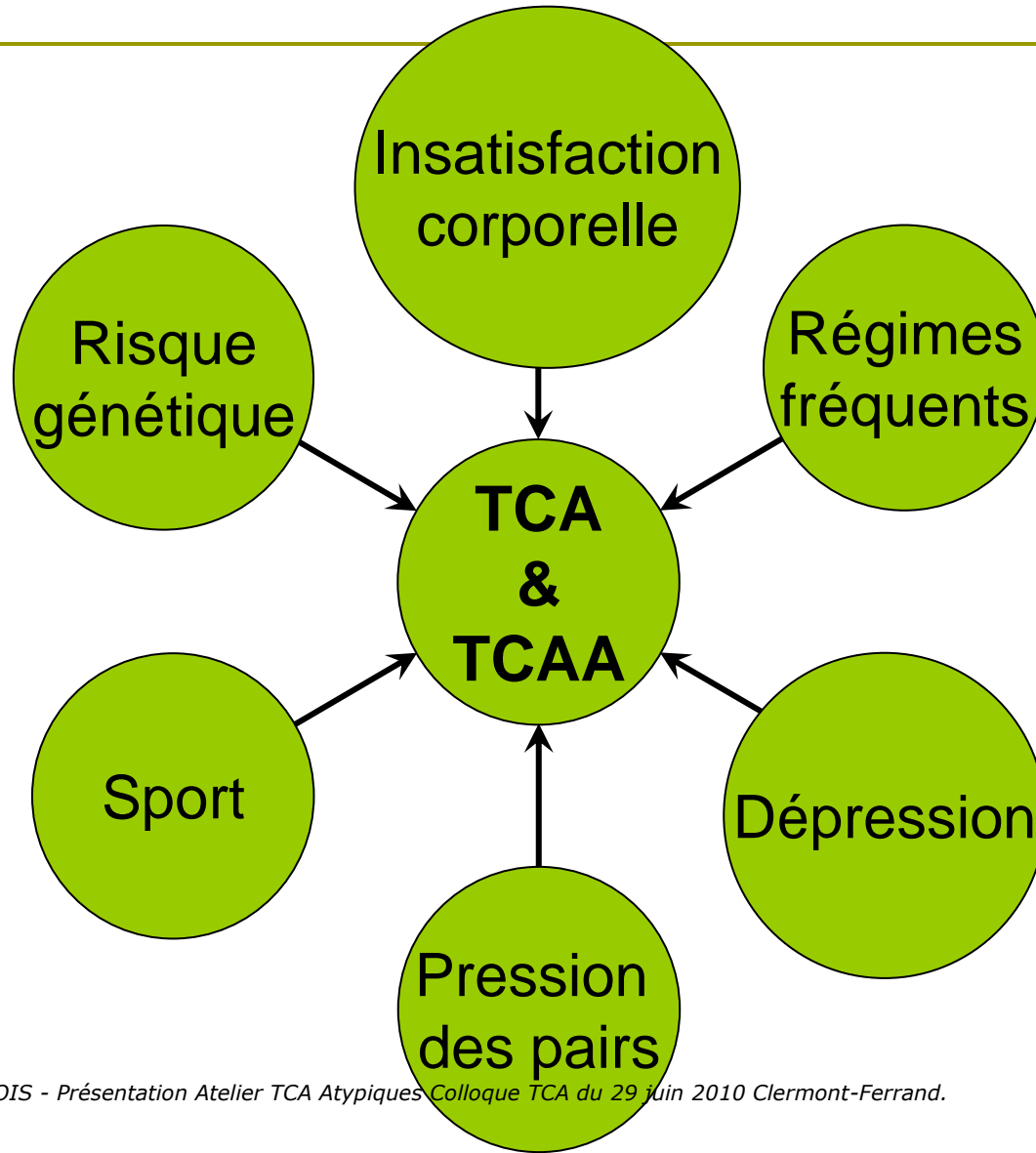
Un problème de santé publique

- Troubles alimentaires: 3^{ème} prévalence des maladies chroniques chez les adolescents dans les Pays Occidentaux
- TCAA:
 - **40-60% des TCA** (Button et al., 2005; Ricca et al., 2001; Fairburn et al., 2007; Martin et al., 2000; Nollet & Button, 2005; Turner & Bryant-Waugh, 2004)
 - 0.8-14% des adolescents
 - En augmentation (Ash & Piazza, 1995)
- Adoléscentes et femmes jeunes

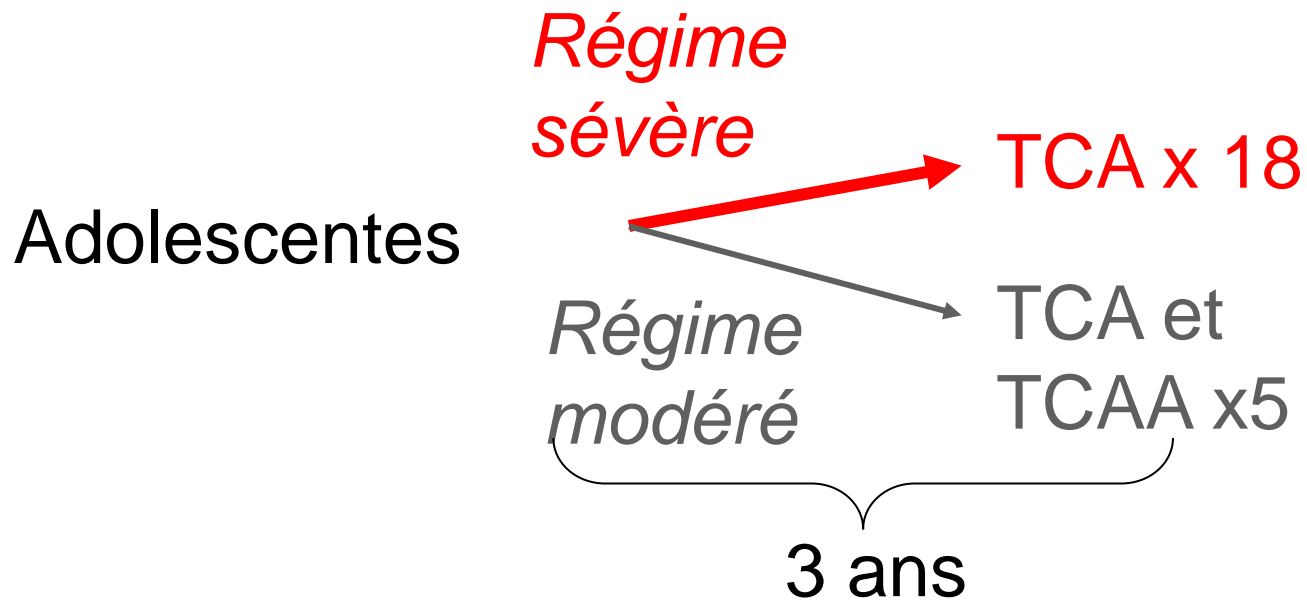
Vraiment extra-ordinaires ?



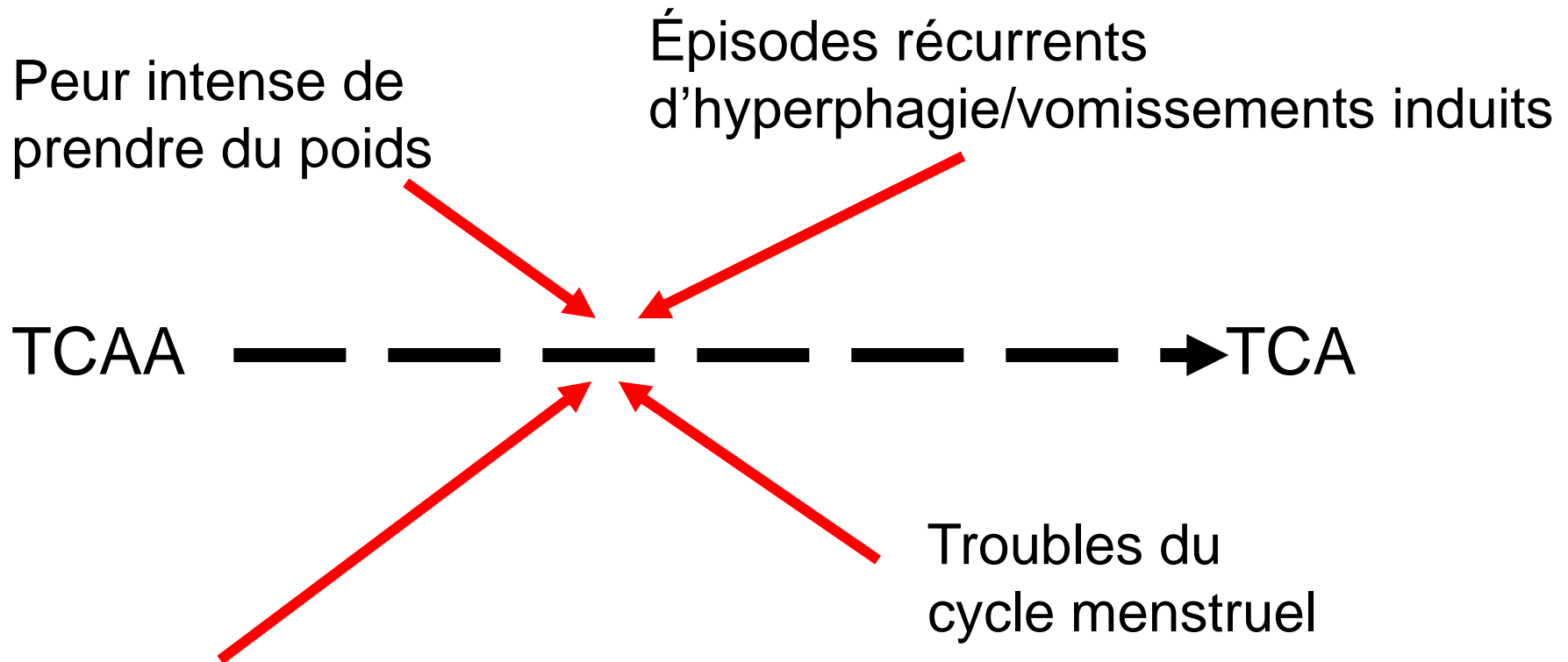
Facteurs de risque (1)



Facteurs de risque (2)



Symptômes de mauvais pronostic

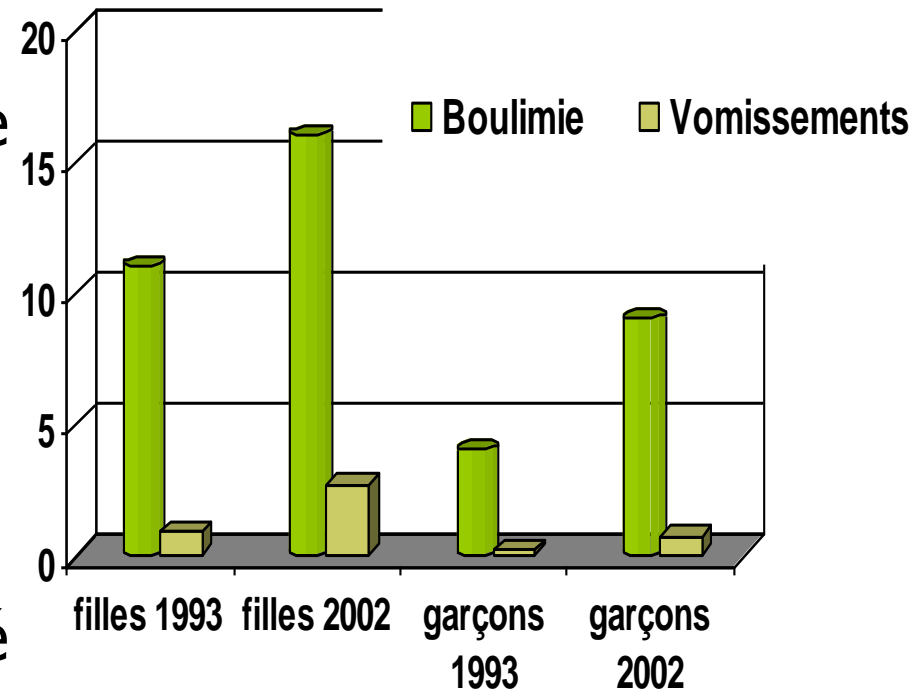


Perturbation dans la
représentation de son
poids/aspect corporel

Insatisfaction corporelle à l'adolescence et environnement socioculturel

□ Etude SMASH:

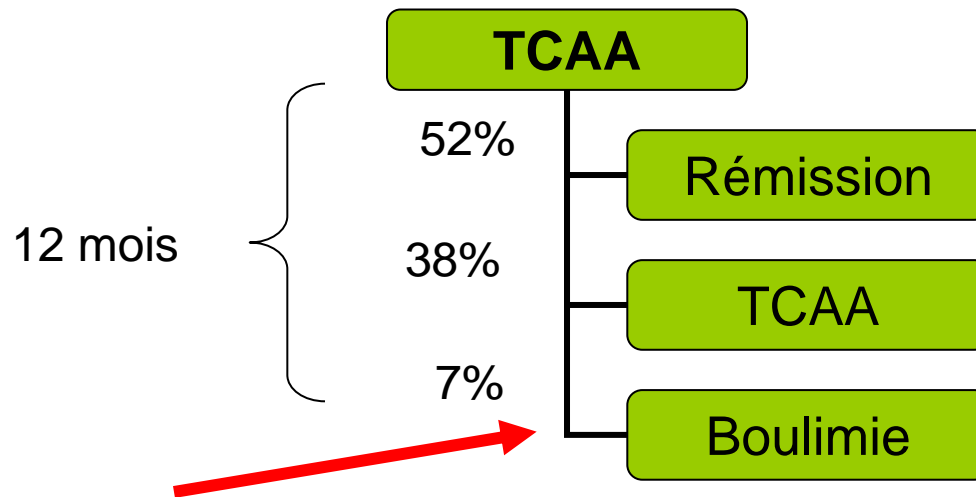
- 70% adolescentes souhaitent maigrir
- 30% suivent un régime
- 16% mangent énormément plusieurs fois par semaine sans pouvoir s'arrêter
- 3% se font volontairement vomir après avoir trop mangé plusieurs fois par semaine



Insatisfaction corporelle à l'adolescence et environnement socioculturel (2)

- ❑ Facteurs psychopathologiques individuels + contexte social
- ❑ Minceur = idéal de beauté + réussite sociale + jeunesse
- ❑ Paradoxe société de consommation ≠ idéal de minceur (privation)

Evolution des TCAA



FACTEURS DE RISQUE:

- Haut score au niveau du « contrôle pour maigrir » à l'EDI (Eating Disorders Inventory)
- Haut taux de somatisation à l'échelle Hopkin Symptoms Check List

Evolution des TCAA (2)

- Le plus souvent rémission spontanée
- 50% de rémission après 3 ans (80% à 5 ans) (Milos et al., 2005; Ben-Tovim et al., 2001; Grilo et al., 2007)
- **10** (Lewinsohn PM et al., 2000; Patton GC et al., 2003) à **40% d'évolution vers un TCA** (Milos et al., 2005)

Comorbidités somatiques

- ❑ Multiples symptômes (constipation chronique, dyspepsie, régurgitations, douleurs abdominales, céphalées....)
- ❑ Menstruations anormales (pas de relation obligatoire avec l'IMC)
- ❑ Ostéopénie

Comorbidités psychiatriques

- Dysthymie
- Dépression et risque suicidaire
- Troubles anxieux
- Troubles de la personnalité
- Utilisation de substances psychoactives

Prise en charge thérapeutique

- ❑ Pas d'étude spécifique
- ❑ La rémission spontanée est la règle
- ❑ Les situations nécessitant une intervention restent à définir
- ❑ Suivre les guidelines des TCA
- ❑ Question de la prévention

Conclusion

- ❑ Difficultés de diagnostic
- ❑ Troubles fréquents. Le plus souvent rémission spontanée
- ❑ MAIS attention! Risque d'évolution vers un TCA typique, comorbidités somatiques et psychiatriques
- ❑ Pas de stratégies thérapeutiques spécifiques étudiées
- ❑ Problématique actuelle et en mouvement...

Je vous remercie de votre attention