

# Repérage et prise en charge des Troubles des Conduites Alimentaires en Médecine Générale

Docteur Mounzer Kouksi  
2ème journée CPTS - 11 juin 2024

# Introduction

- Les Troubles des Conduites Alimentaires (TCA) sont des **troubles psychiatriques invalidants** apparaissant le plus souvent à l'adolescence
- Impactant directement le développement de l'adolescent et son état de santé ultérieur
- Facteurs étiologiques multifactoriels : génétiques, psychologiques et socioculturels
- Troubles fréquents responsables de nombreuses complications médicales nécessitant une **prise en charge pluridisciplinaire**

# Introduction

Les principaux TCA à l'adolescence

- **Anorexie Mentale (AM)**
- **Boulimie Nerveuse (BN)**
- **Binge eating disorder ou hyperphagie boulimique (HB)**
- **Autre trouble de l'alimentation ou de l'ingestion d'aliments, spécifié ou non**

# Anorexie Mentale

- Prévalence vie entière d'AM de 0,9 à 2,0 % chez les filles et les femmes selon les études épidémiologiques
- Dix fois inférieure chez les hommes : de 0,1 à 0,3 %
- L'âge de survenue entre 10 et 30 ans mais surtout lors de la seconde partie de l'adolescence entre 13 et 18 ans
- **Augmentation récente** du taux d'incidence de l'AM (surtout chez les jeunes femmes de 15 à 19 ans)

# Anorexie Mentale

Critères diagnostiques selon le DSM V	Restriction des apports énergétiques
	Peur intense de prendre du poids
	Altération de la perception du poids
Spécifier le type	Type restrictif
	Type accès hyperphagiques/purgatifs
Spécifier le degré de sévérité actuel	Léger: IMC $\geq 17 \text{ kg/m}^2$
	Moyen: IMC 16–16,99 $\text{kg/m}^2$
	Grave: IMC 15–15,99 $\text{kg/m}^2$
	Extrême: IMC $< 15 \text{ kg/m}^2$

# Boulimie Nerveuse (BN)

- Prévalence vie entière de la BN entre 4 et 6,7 %
- Le début plus tardif que l'AM et se situe plutôt à la fin de l'adolescence
- 50 % des personnes souffrant d'AM développeront des symptômes boulimiques et qu'un tiers des personnes souffrant de boulimie ont des antécédents d'AM

# Boulimie Nerveuse

Critères diagnostiques selon le DSM V	<b>Survenue récurrente d'accès hyperphagiques ( <i>binge eating</i> )</b> Un accès hyperphagique répond aux deux caractéristiques suivantes <ul style="list-style-type: none"> <li>- Absorption, en un laps de temps limité d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient en un laps de temps similaire et dans les mêmes circonstances ;</li> <li>- Sentiment d'une perte de contrôle</li> </ul>
	<b>Comportements compensatoires inappropriés et récurrents</b> visant à <b>prévenir la prise de poids</b>
	Les accès hyperphagiques (de gloutonnerie) et les comportements compensatoires inappropriés surviennent tous les deux, en moyenne, au moins 1 fois par 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 épisodes d'anorexie mentale
Spécifier le degré de sévérité actuel	Léger: une moyenne de 1–3 épisodes de comportements compensatoires inappropriés par semaine
	Moyen: une moyenne de 4–7 épisodes de comportements compensatoires inappropriés par semaine
	Grave: une moyenne de 8–13 épisodes de comportements compensatoires inappropriés par semaine
	Extrême: une moyenne d'au moins 14 épisodes de comportements compensatoires inappropriés par semaine

# Repérer les signes d'alerte

- Perte de poids de plus de 10 %
- Préoccupations alimentaires excessives
- **Troubles du cycle menstruel, aménorrhée primaire ou secondaire**
- Demande de régime alimentaire sans surpoids
- Activité physique soutenue
- IMC < 17,5

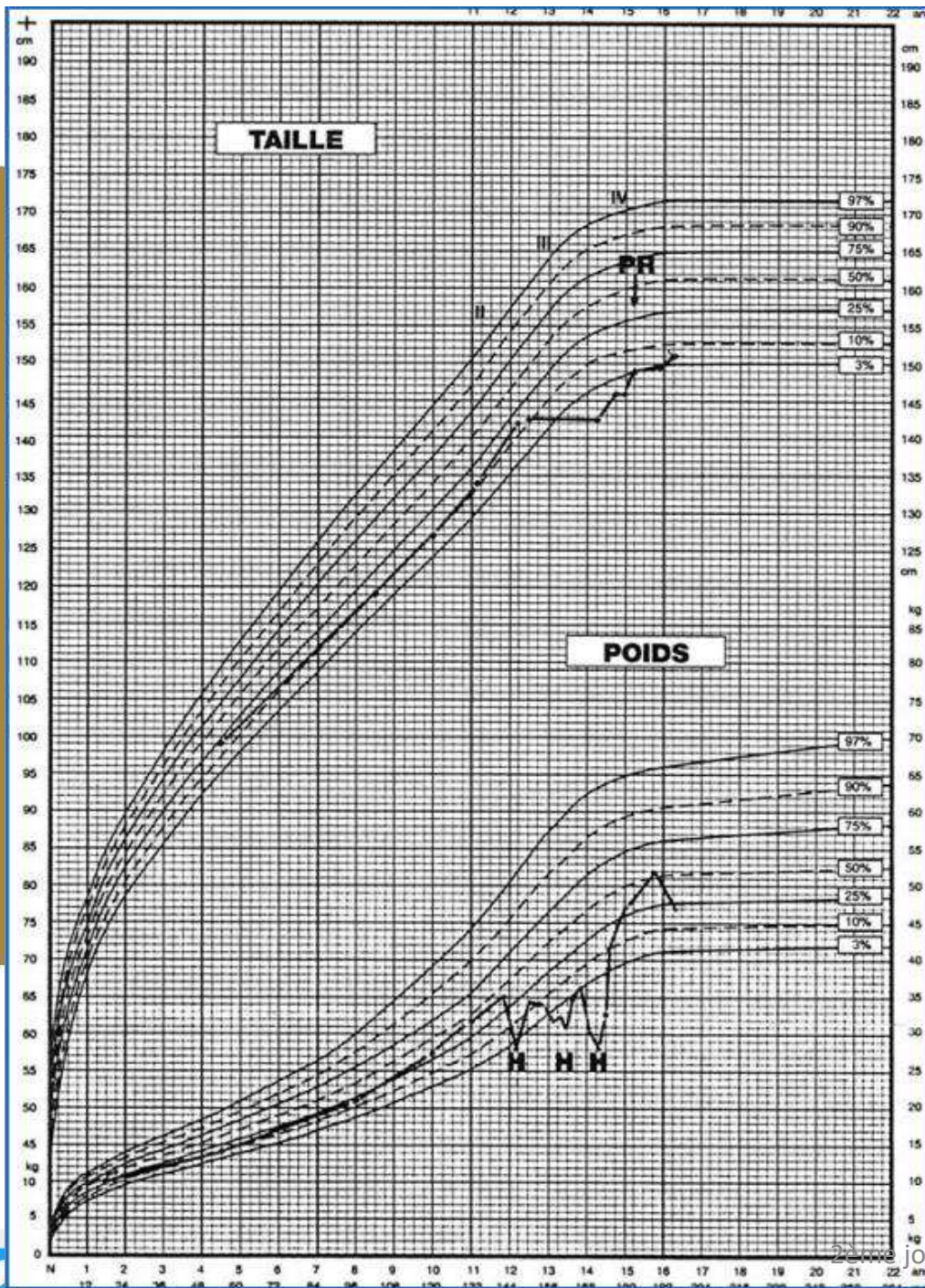


# SCOFF (Sick, Control, One stone, Fat, Food)

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 kilos en 3 mois ?
4. Pensez-vous que vous êtes gros(se) alors que d'autres vous trouvent trop mince ?
5. Diriez-vous que le nourriture domine votre vie ?

Deux réponses positives indiquent une possibilité d'anorexie ou de boulimie





2<sup>ème</sup> journée CPTS - 11 juin 2024



## Courbe de Corpulence chez les filles de 0 à 18 ans\*

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_



Pour chaque enfant, le poids et la taille doivent être mesurés régulièrement.

\* L'Indice de Masse Corporelle (IMC) est alors calculé et reporté sur la courbe de corpulence disponible sur [www.sante.fr](http://www.sante.fr). Il se calcule soit avec un disque de calcul, soit avec une calculatrice, en divisant le poids (en kg) par la taille au carré (en mètre) soit : 
$$\frac{\text{poids (kg)}}{\text{taille (m)} \times \text{taille (m)}}$$

L'IMC est un bon reflet de l'adiposité. Il varie en fonction de l'âge. L'IMC augmente au cours de la première année de vie, diminue jusqu'à 6 ans puis augmente à nouveau. La remontée de la courbe, appelée rebond d'adiposité, a lieu en moyenne à 6 ans.

Tracer la courbe de corpulence pour chaque enfant permet d'identifier précocement les enfants obèses ou à risque de le devenir :

- lorsque l'IMC est supérieur au 97<sup>ème</sup> percentile, l'enfant est obèse.
- plus le rebond d'adiposité est précoce plus le risque d'obésité est important.
- un changement de "couloir" vers le haut est un signe d'alerte.

Courbe graduée en percentiles, établie en collaboration avec MF Rolland-Cachera (INSERM) et l'Association pour la Prévention et la prise en charge de l'Obésité en Pédiatrie (APOH).

Créée par le Comité de Nutrition (CN) de la Société Française de Pédiatrie (SFP).

Source : Étude sécourielle française de la corpulence du Centre International de l'Enfance (Fr Michel Sempé) - Rolland-Cachera et coll. Eur J Clin Nutr 1991; 45:13-21.

Seul établi par l'International Obesity Task Force (IOTF) - Cole et coll. BMJ 2000;320:1-6.





# Questions-clés



- Age de début des symptômes et contexte (voyages,...)
- Rapidité de la perte de poids (kg/semaine), paliers
- Poids initial, poids maximal, poids minimal, poids idéal, poids actuel

# Symptômes-clés

- L'alimentation vous prend-elle la tête ? Êtes-vous envahie par vos difficultés ?
- Vous mangez de tout en moindre quantité ? Vous avez éliminé des aliments ou des catégories d'aliments (sucre...) ? **(Type de restriction alimentaire)**
- Avez-vous peur de grossir ? Vous trouvez-vous trop grosse ? Si oui, partout ou à certains endroits ? **(Perception de l'image du corps)**
- Mangez-vous beaucoup en perdant le contrôle ? **(Crises de boulimie)**
- Avez-vous souvent du mal à rester en place ? Faites-vous beaucoup de sport ? Combien d'eau buvez-vous ? Vous arrive-t-il de faire remonter le contenu de votre estomac ? **(Hyperactivité physique, potomanie, mérycisme)**
- Vous faites-vous vomir ? Souvent ? Prenez-vous des laxatifs ? **(Conduites de purge)**
- Date des premières règles, Aménorrhée laire/Ilaire, contraception orale
- Poids, taille, IMC, courbe de poids, Etat musculo-graisseux
- Pouls, TA, Température
- Signes de carences multiples

# Outils cliniques et Associations

- **Anorexiclic** du Réseau TCA Poitou Charentes
- Fédération Française Anorexie Boulimie (FFAB)

## REPÉRER LES SIGNES D'ALERTE



Cinq principaux symptômes d'alerte reconnus d'anorexie mentale à l'adolescence par ordre d'inquiétude parental croissant est :

- Perte de poids de plus de 10 %
- Préoccupations alimentaires excessives
- Troubles du cycle menstruel
- Demande de régime alimentaire sans surpoids
- Activité physique soutenue
- Un IMC < 17,5

Un test rapide et efficace à intégrer à votre consultation : le SCOFF



Consultation 0

SCOFF

(Sick, Control, One stone, Fat, Food)

- 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 kilos en 3 mois ?
- 4 - Pensez-vous que vous êtes gros(se) alors que d'autres vous trouvent trop mince ?
- 5 - Diriez-vous que le nourriture domine votre vie ?

Deux réponses positives indiquent une possibilité d'anorexie ou de boulimie.

## DIAGNOSTIQUER ET INTERVENIR

### A) EST-CE VRAIMENT UNE ANOREXIE ?

Triple A : Anorexie – Amaigrissement – Aménorrhée (primaire / secondaire)



#### Questions-clés :

- Age de début des symptômes et contexte (voyages,...)
- Rapidité de la perte de poids (kg/semaine), paliers
- Poids initial, poids maximal, poids minimal, poids idéal, poids actuel



#### Examens complémentaires-clés :

- Glycémie à jeun
- NFS, plaquettes,
- TP, TCA
- Ionogramme sanguin, urée plasmatique, créatininémie, phosphorémie, RA
- ASAT, ALAT, GGT, Bilirubine
- ECG en cas de bradycardie et/ou vomissements



#### Symptômes-clés :

##### A L'interrogatoire :

- L'alimentation vous prend-elle la tête ? Êtes-vous envahie par vos difficultés ?
- Vous mangez de tout en moindre quantité ? Vous avez éliminé des aliments ou des catégories d'aliments (sucres...) ? (Type de restriction alimentaire)
- Avez-vous peur de grossir ? Vous trouvez-vous trop grosse ?
- Si oui, partout ou à certains endroits ? (Perception de l'image du corps)
- Mangez-vous beaucoup en perdant le contrôle ? (Crises de boulimie)
- Avez-vous souvent du mal à rester en place ? Faites-vous beaucoup de sport ? Combien d'eau buvez-vous ? Vous arrive-t-il de faire remonter le contenu de votre estomac ? (Hyperactivité physique, potomanie, mérycisme)
- Vous faites-vous vomir ? Souvent ? Prenez-vous des laxatifs ? (Conduites de purge)
- Date des premières règles, Aménorrhée laire/liaire, contraception orale

##### A L'examen clinique :

Poids, taille, IMC, courbe de poids  
Pouls, TA, Température

Etat musculo-graisseux  
Signes de carences multiples

### C) FAUT-IL HOSPITALISER EN URGENCE ? OÙ ?



Recommandations HAS 2010 qui a défini des critères d'hospitalisation en urgence. (TSVP)

- À évaluer à chaque consultation
- En service de pédiatrie en 1<sup>ère</sup> intention avec de la pédopsychiatrie de liaison (NIVEAU 2B)
- En service de pédopsychiatrie avec de la pédiatrie de liaison (NIVEAU 3)



Consultation 2

### D) LES GRANDS OBJECTIFS THÉRAPEUTIQUES

- Arrêt de la perte de poids
- Reprise pondérale : objectif = poids avant le début des troubles
- Arrêt des vomissements et des prises de laxatifs si c'était le cas
- Reprise progressive d'une alimentation diversifiée
- Réduction des apports hydriques si c'était le cas
- Modération de l'activité physique + aménagements scolaires le cas échéant

Consultation 5

## VERS QUI ORIENTER ?

La 5<sup>ème</sup> consultation se déroulera au mieux en présence des parents et permettra de faire le point sur l'évolution symptomatique (symptômes-clés) et pondérale entre C1 et C5.

#### Situation n°1 : Régression progressive des symptômes-clés

- Poursuite de l'accompagnement jusqu'à disparition des symptômes
- Définir la fréquence des consultations avec la patiente et ses parents

Le NIVEAU 1A a été efficace

#### Situation n°2 : Persistance voire majoration des symptômes-clés

Option n°1 :  
Recours au réseau local  
NIVEAU 1B

- Poursuite des consultations de médecine générale (fréquence à définir)
- Recours aux collaborations professionnelles de proximité avec :
  - Pédiatre, nutritionniste
  - Psychologue, diététicien(ne), psychomotricien(ne), masseur(se)-kinésithérapeute, ...
- Evaluation du suivi à 6 mois : si efficacité partielle ou échec

Option n°2 :  
Absence de réseau local -  
Echec du niveau 1B  
NIVEAU 2A

- Poursuite des consultations de médecine générale (fréquence à définir)
- Prise de contact avec :
  - un(e) pédopsychiatre au CMPEA
  - un(e) pédiatre hospitalier(ère)

tea RÉSEAU TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES PONTOU-CHARENTAIS

# Prise en charge

- Prise en charge en **hospitalisation** : selon critères d'hospitalisation de l'HAS
  - Somatiques
  - Psychiatriques
  - Environnementaux
- Prise en charge **ambulatoire**



# Prise en charge ambulatoire

- **Pluridisciplinarité**

- Somatique, nutritionnelle, psychologique et psychiatrique
- Cohérente = coordination des soins

- **Suivi somatique**

- Objectif : reprise pondérale
- Surveillance clinique et biologique

- **Prise en charge psychologique**

- Individuelle
- Thérapies cognitives et comportementales
- Thérapie familiale



# Hyperphagie Boulimique

- Prévalence de l'HB comprise entre 1,9 % en Europe et 3,5 % aux États-Unis chez les femmes, et entre 0,3 % en Europe et 2 % aux États-Unis chez les hommes
- Facteur de risque d'obésité, à laquelle elle est fréquemment associée
- **Peu diagnostiqué**
- Le repérage de l'HB se fait très fréquemment lors d'une consultation pour un surpoids ou une obésité de l'enfant ou de l'adolescent
- A rechercher systématiquement une HB dans ces situations
  - **En cas de demande de chirurgie bariatrique**
  - **En cas d'échec de la perte de poids après chirurgie bariatrique**
  - **En cas de troubles bipolaires**
  - **Chez les patients prenant des antipsychotiques du fait de la iatrogénie métabolique**

Critères diagnostiques selon le DSM V	<p><b>Épisodes récurrents de crises de boulimie ( <i>binge eating</i> )</b>  Un épisode est caractérisé par les deux éléments suivants: <b>absorption, en un laps de temps limité</b> (par exemple en 2 h), <b>d'une quantité de nourriture largement supérieure</b> à ce que la plupart des gens mangeraient dans une période similaire et dans les mêmes circonstances; sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant l'épisode (par exemple, sentiment de ne pas pouvoir s'arrêter de manger ou de ne pas pouvoir contrôler ce que l'on mange ou en quelle quantité)</p>
	<p>Les épisodes de boulimie sont associés à trois des caractéristiques suivantes (ou plus): manger beaucoup plus rapidement que la normale; manger jusqu'à se sentir inconfortablement plein; manger de grandes quantités de nourriture sans ressentir la faim physiquement; manger seul parce qu'on se sent gêné par la quantité de nourriture que l'on absorbe; se sentir dégoûté de soi-même, déprimé ou très coupable après avoir trop mangé</p>
	<p>Le comportement boulimique est la source d'une <b>souffrance marquée</b></p>
	<p>Le comportement boulimique survient, en moyenne, au moins 1 fois par semaine depuis 3 mois</p>
	<p><b>Le comportement boulimique n'est pas associé à l'utilisation récurrente de comportements compensatoires inappropriés</b>, comme dans la boulimie, et ne survient pas exclusivement au cours d'une boulimie ou d'une anorexie mentale ( <i>anorexia nervosa</i> )</p>
Spécifier le degré de sévérité actuel	<p>Léger: 1–3 épisodes par semaine</p>
	<p>Modéré: 4–7 épisodes par semaine</p>
	<p>Sévère: 8–13 épisodes par semaine</p>
	<p>Extrêmement sévère: 14 épisodes ou plus par semaine</p>

# Evolution et pronostic

- AM
  - 50 à 70 % vont bénéficier d'une rémission complète
  - 20 % vont présenter une rémission partielle avec persistance de symptômes résiduels durables
  - 10 à 20 % présenteront une AM chronique ou un décès (5-6 % de décès)
- BN
  - Environ 50 % de rémissions complètes ou partielles
  - 30 % de troubles chroniques modérés
  - 20 % de troubles chroniques sévères
- HB
  - 80 % de rémission à 5 ans avec une évolution vers celle d'un TCA non spécifié avec la persistance de symptômes résiduels

# Conclusion

- Pathologies fréquentes et sévères
- Evolution sur du long terme (très long)
- Pronostic réservé
- Prise en charge multidisciplinaire et coordonnée
- Lien ville-hôpital indispensable
- Chaque professionnel doit avoir un rôle défini
- **« Passionnant et exaspérant »**
- **Mais surtout ne pas lâcher !**

# Références bibliographiques

- E. Riquin, T. Le Nerzé, E. Nielassoff, M. Beaumesnil, F. Troussier, P. Duverger. Troubles des conduites alimentaires chez l'enfant et l'adolescent. EMC - Pédiatrie - Maladies infectieuses 2023;43(3):1-20 [Article 4-002-U-40].
- Anorexie mentale : prise en charge RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE - Mis en ligne le 30 sept. 2010  
[https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_985715/fr/anorexie-mentale-prise-en-charge](https://www.has-sante.fr/jcms/c_985715/fr/anorexie-mentale-prise-en-charge)
- **Anorexiclic** du Réseau TCA Poitou Charentes - <https://tca-poitoucharentes.fr/>
- Fédération Française Anorexie Boulimie (FFAB) - <https://www.ffab.fr/>