



Tutorat 2023-2024



FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

PREFMS CHU DE TOULOUSE

Rédaction 2023-2024

UECP 16 : Psychiatrie générale de l'adulte

Troubles des conduites alimentaires

Ce cours vous est proposé bénévolement par le Tutorat Les Nuits Blanches qui en est sa propriété. Il n'a bénéficié d'aucune relecture par l'équipe pédagogique de la Licence Sciences pour la Santé ni de l'IFSI. Il est ainsi un outil supplémentaire, qui ne subsiste pas aux contenus diffusés par la faculté et l'institut en soins infirmiers.

Rédigé par Peral Marie à partir du cours du Dr BELLOC Alice présenté le 19 mars 2024.

Troubles des conduites alimentaires

Objectifs des notions à connaître pour l'examen :

Pour l'anorexie mentale : épidémiologie, sémiologie, complications dénutrition, comorbidités psychiatriques fréquentes et principes de prise en charge.

Pour la boulimie et les accès hyperphagiques : sémiologie, comorbidités psychiatriques fréquentes et principes de prise en charge.

I. Introduction

Les troubles des conduites alimentaires (TCA) se définissent par des perturbations significatives et durables de la prise alimentaire. Elles provoquent des retentissements physiques, psychiques et sociaux. Il y a 3 types de TCA :

- Anorexie mentale
- Boulimie
- Accès hyperphagique = hyperphagie boulimique (*Binge-eating disorder*)

II. Anorexie mentale

a) Physiopathologie

Pas à connaître pour le partiel.

L'anorexie mentale est une maladie d'origine multi-factorielle :

Facteurs de vulnérabilité / prédisposition	Familiaux	<ul style="list-style-type: none"> - Génétique - Trouble psychique - Pratiques alimentaires - Relations intra- familiales
	Individuels	<ul style="list-style-type: none"> - Pré maturité - Personnalité : intolérance aux émotions négatives, rigidité psychique, perfectionnisme, faible estime de soi, sensibilité au jugement d'autrui
	Environnementaux	<ul style="list-style-type: none"> - Événements de vie stressants dans la petite enfance - Niveau socio-économique - Idéalisation sociale de la minceur
Facteurs déclenchants / précipitants	Puberté	<ul style="list-style-type: none"> - Changements hormonaux - Maturation psychologique - Changements physiques - Modification interactions sociales
	Évènements de vie stressants	<ul style="list-style-type: none"> - Séparations : décès, déménagement, divorce - Agressions - Critiques, moqueries
	Troubles psychiques débutants	<ul style="list-style-type: none"> - Dépression - Trouble anxieux

Les modifications alimentaires initiales sont une tentative d'adaptation à une situation de stress psychique, c'est la réponse à un problème que les patients n'arrivent pas à contrôler. A court terme, on observe des effets bénéfiques : retours positifs, anesthésie affective, impression de contrôle (moins de stress et moins de tristesse). Mais à long terme, les effets deviennent négatifs avec des difficultés dans les relations interpersonnelles, une diminution de la

flexibilité mentale et une majoration de l'anxiété et de la dépression. Il y a un dépassement des mécanismes adaptatifs, on rentre dans un cercle vicieux avec des facteurs d'entretien (le fait d'être dénutri renforce le mal-être et empêche l'adaptation à certaines situations).

b) Epidémiologie

La prévalence est de 1,4% chez les femmes et de 0,2% chez les hommes, le sex ratio est donc de 8 femmes pour 1 homme. L'âge de début de l'anorexie mentale est en moyenne entre 15 et 25 ans. Il s'agit de la maladie psychiatrique avec le taux de mortalité le plus élevé (suicide ++).

c) Sémiologie

Il y a une restriction quantitative et qualitative (sortie des aliments gras et sucrés de l'alimentation) des apports alimentaires entraînant une perte de poids avec un poids significativement bas : on parle de dénutrition si l'IMC (indice de masse corporelle) est inférieur à 18,5 kg/m². Malgré cette insuffisance pondérale, il y a une peur intense de prendre du poids et de devenir gros, on parle alors de dysmorphophobie (= altération de la perception du poids ou de la forme corporelle, le patient se perçoit trop gros). L'estime de soi est donc diminuée et est influencée excessivement par le poids ou la forme corporelle (auto-jugement se concentrant sur l'apparence physique et sur le poids). On observe des cognitions anorectiques, c'est-à-dire une préoccupation excessive et envahissante concernant le poids et l'alimentation ainsi que des croyances erronées sur le fonctionnement digestif et les aliments (l'esprit est constamment préoccupé par le poids et l'alimentation). Le patient ne perçoit pas ou très peu ses symptômes, il ne se rend pas non plus compte de la gravité de l'état de maigreur.

Il y a 2 types d'anorexie mentale :

- Type restrictif : la perte de poids est obtenue par une restriction alimentaire et une hyper activité physique.
- Type purgatif : on observe la présence d'accès hyperphagiques, de vomissement provoqués, de conduite de purge avec la prise de laxatifs, de diurétiques, d'hormones thyroïdiennes...

d) Complications liées à la dénutrition

Certaines conséquences physiques sont liées au fait que l'organisme essaye de s'adapter à la dénutrition, il se met au repos.

Hypométabolisme adaptatif	<ul style="list-style-type: none"> - Hypotension artérielle - Bradycardie - Hypothermie - Lanugo, Phanères cassants (duvet qui pousse sur certaines parties du corps afin de faire face à la température qui diminue) - Aménorrhée (arrêt des règles chez les femmes) - Retard vidange gastrique
Carences	<ul style="list-style-type: none"> - Ostéoporose - Amyotrophie - Oedèmes membres inférieurs & lombes (quand les sujets sont allongés) - Hypoglycémie → trouble vigilance voire coma - Anémie - Thrombopénie, Leucopénie, Lymphopénie → risque infectieux +++ - Hyponatrémie, Hypokaliémie, Hypocalcémie → risque de troubles rythme et conduction cardiaque +++ (ECG et échographie cardiaque pratiqué sur les patient dénutri)

Evolution de l'anorexie mentale	Sans soins : - Chronicité : évolution > 5 ans - Mortalité : dénutrition et suicide Avec soins : - 50% rémission complète - 30% rémission partielle (périodique, rechutes...) - 20% forme chronique ou décès
Comorbidités psychiatriques fréquentes	- Episode dépressif caractérisé - Troubles anxieux - Trouble de la personnalité - Addictions

Si les comorbidités psychiatriques ne sont pas repérées il peut y avoir une résistance de l'anorexie mentale. Ces comorbidités peuvent être à l'origine de l'anorexie mentale, il faut donc les repérer même si elles sont difficiles à diagnostiquer.

e) Prise en charge

Si la prise en charge de l'anorexie mentale est précoce, le pronostic est amélioré. La prise en charge est pluridisciplinaire, avec un côté psychiatrique et un côté nutritionnel. Elle se passe en ambulatoire dans la majorité des cas. A l'inverse, elle peut être hospitalière s'il y a une urgence médicale, si la prise en charge ambulatoire est un échec ou s'il y a un isolement. Dans le cadre psychothérapeutique de la prise en charge, la famille du patient est souvent intégrée car il s'agit régulièrement de patients adolescents ou bien qui ont des liens très forts avec la famille. Les relations entre la famille et le patient sont compliquées du fait de la maladie et les repas sont devenus un moment de conflit, il s'agit ici d'améliorer les relations et de les retrouver telles qu'elles étaient avant.

Prise en charge psychiatrique	Prise en charge nutritionnelle
Psychothérapie : - Comprendre nécessité renutrition - Corriger distorsions cognitives - Renforcer estime de soi - Améliorer relations interpersonnelles	Renutrition : premier objectif - Retrouver le poids adapté à la taille et l'âge - Prudente et progressive - Renutrition per os - Renutrition entérale par sonde nasogastrique : non systématique (si la nutrition est compliquée)
Médicaments : non systématiques Il n'existe pas de traitement qui guérit l'anorexie mentale, en revanche on peut utiliser des thérapeutiques en cas d'anxiété ou de comorbidités psychiatriques.	Rééducation nutritionnelle et diététique Travailler sur les fausses croyances et sur les connaissances erronées, éducation nutritionnelle (calories...).
Traiter les comorbidités psychiatriques éventuelles	

III. Accès hyperphagiques = hyperphagie boulimique = *binge-eating disorder*

a) Définition

Les accès hyperphagiques se définissent par le fait de manger plus rapidement que la normale jusqu'à éprouver une sensation pénible de distension abdominale, en l'absence de la sensation physique de faim, manger seul car on est gêné de la quantité de nourriture ingérée et sentiment de dégoût de soi-même, de tristesse, de culpabilité après avoir mangé.

b) Sémiologie

On observe des épisodes récurrents d'hyperphagie avec une prise alimentaires en qualité supérieur à la moyenne et en peu de temps et l'impression de perte de contrôle des quantités ingérées ou de la possibilité de s'arrêter. Il y a une détresse psychique marquée avec une perception des symptômes, au moins un épisode par semaine pendant 3 mois consécutifs et l'absence de comportements compensatoires associés.

c) Conséquences physiques

Les accès hyperphagiques ont des conséquences physiques telles que des troubles digestifs (reflux gastro-oesophagien, douleurs abdominales, alternance diarrhées-constipation) car les apports sont irréguliers et en grande quantité, une stéatite hépatique (excès de graisses au niveau du foie) et une surcharge pondérale ou bien une obésité.

d) Prise en charge

Cf Prise en charge de la boulimie plus bas.

On effectue une prise en charge des complications de l'obésité et des comorbidités psychiatrique (troubles dépressifs, troubles anxieux, addictions).

IV. Boulimie

a) Sémiologie

La boulimie se caractérise par des accès hyperphagiques récurrents (en moyenne une fois par semaine pendant 3 mois), accompagnés de comportements compensatoires visant à éviter une prise de poids (vomissements provoqués, prise de laxatifs, jeûne, hyper activité physique) et d'une estime de soi excessivement influencée par la forme du corps et le poids.

b) Complications physiques

La boulimie peut avoir des complications sur le poids telles qu'une surcharge pondérale ou une dénutrition (le poids peut aussi être normal). On peut observer des érosions dentaires, des oesophagites (inflammation suite aux vomissements répétés), une hyponatrémie, une hypocalcémie ou une hypokaliémie (et par conséquent un risque de trouble du rythme cardiaque), une insuffisance rénale fonctionnelle et une ostéoporose (manque de calcium et de vitamine D).

c) Prise en charge (concerne également les accès hyperphagiques)

On organise un dépistage pour une prise en charge précoce, mais il y a souvent un retard de diagnostic car le trouble est souvent caché (sentiment de honte, de culpabilité). La prise en charge est pluridisciplinaire (psychiatrique et nutritionnelle) et la plupart du temps en ambulatoire. On observe des comorbidités psychiatriques fréquentes avec des addictions, des troubles dépressifs, des troubles de la personnalité et des troubles anxieux.

Prise en charge psychiatrique	Prise en charge nutritionnelle
Psychothérapie : <ul style="list-style-type: none">- cf Anorexie- Repérage signes avant-coureurs d'un accès hyperphagique et stratégies alternatives	<ul style="list-style-type: none">- Renutrition initiale si nécessaire- Rééducation nutritionnelle et diététique : alimentation diversifiée, suffisante et pondérée
Médicaments non systématiques <p>Pas de médicaments spécifique à la maladie mais on peut prendre en charge les comorbidités psychiatriques, l'anxiété etc grâce à des médicaments.</p>	