

La diététique

Les troubles du comportement alimentaire



Sommaire

I- L'acte alimentaire

II- Quand le comportement alimentaire devient pathologique

III- Les différents types de TCA

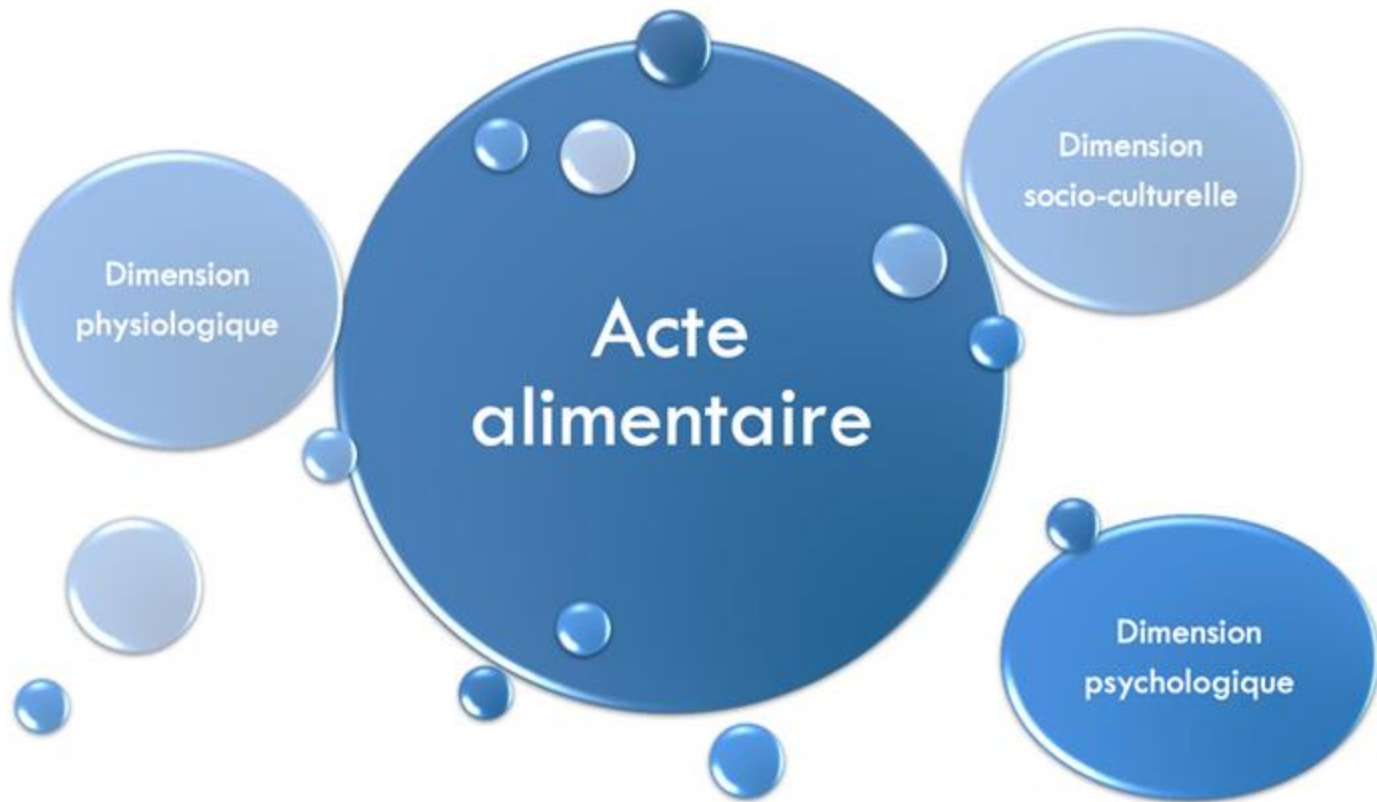
I- L'acte alimentaire

Manger c'est quoi pour vous en quelques mots ?

“Dis moi comment tu manges et je te dirai ce que tu es”

A. Brillat-Savarin

On mange par faim, par plaisir gustatif, pour satisfaire des besoins de représentations, pour partager de la nourriture et des affects, pour réguler ses émotions.



Le comportement alimentaire

Il désigne l'ensemble des conduites d'un individu vis-à-vis de la consommation d'aliments. La principale fonction physiologique de ce comportement est d'assurer l'apport des substrats énergétiques et des composés biochimiques nécessaire à l'organisme.

Il est contrôlé par le système nerveux central notamment au niveau de l'hypothalamus.

Étapes de la prise alimentaire

- Phase pré-ingestive = pré-prandiale → **faim**
- Phase ingestive = prandiale → **rassasiement**
- Phase post-ingestive = post-prandiale → **satiété**

La faim

Exprime un besoin du corps physiologique déclenché par la baisse du taux de glucose.
Elle signale un besoin énergétique et est calmée par l'ingestion d'aliments.

Elle varie selon la croissance, le niveau d'activité physique, la quantité mangée préalablement.

L'appétit

Il relève du psychologique. C'est un ensemble de sensations agréables, par lesquelles se révèle le désir de manger.

L'appétit pour un type d'aliments est calmé par l'ingestion de celui-ci. Il varie selon les préférences alimentaires, les expériences gustatives, l'état de santé, le sommeil, la compagnie, le stress...

Le rassasiement

Sensation de plénitude au cours d'un repas ou d'une collation qui contribue à l'arrêt de la consommation alimentaire.

Il survient lorsque la glycémie augmente, quand l'estomac se remplit et lorsqu'une satisfaction visuelle et gustative est atteinte.

→ Il sonne la fin du repas.

La satiété

Survient après l'ingestion d'aliments et est caractérisée par la suppression de la sensation de faim et la perte d'appétit = **état de non faim**.

Elle est influencée par la quantité et la composition nutritionnelle des aliments consommés : des éléments nutritifs comme les protéines, les fibres et l'eau contenus dans les aliments favorisant la satiété.

Régulation des prises alimentaires

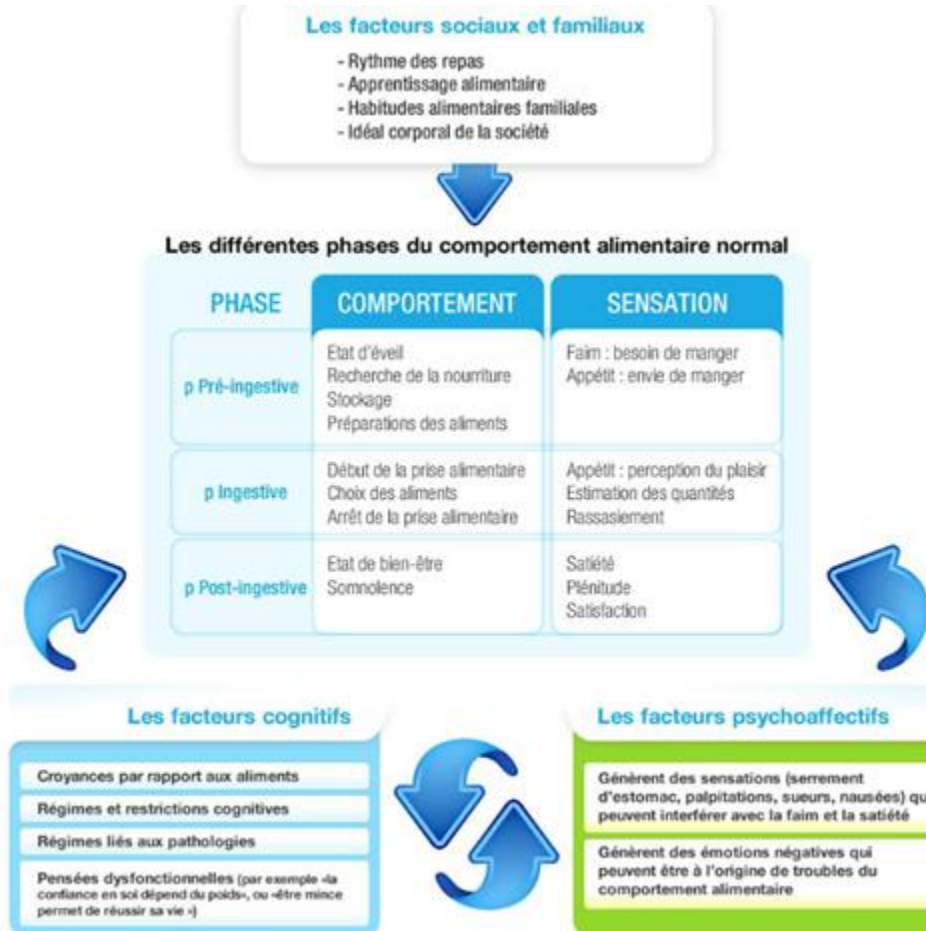
La ghréline : Hormone sécrétée par l'estomac et l'intestin lorsqu'ils sont vides et déclenchent une sensation de faim.

La leptine : Diminue l'appétit avec le cerveau qui s'informe sur le moyen et long terme de la quantité d'énergie stockée dans ses tissus.

Autres facteurs : Influence de l'environnement, facteurs socioculturels et familiaux, facteurs psychoaffectifs et le contrôle cognitif.



II- Quand le comportement alimentaire devient pathologique



Ajustement automatique



RESPIRATION



DIGESTION



SOMMEIL



ALIMENTATION

Contrôle volontaire → Risque de dérèglement

Le cercle vertueux des régimes



Le trouble du comportement alimentaire

Pour évoquer un TCA “vrai” (pathologie du comportement alimentaire), on observe :

- Que le comportement alimentaire diffère significativement de celui habituellement rencontré chez des individus vivants dans le même environnement ;
- Un retentissement négatif de ce comportement alimentaire sur la santé physique et psychique ;
- Une souffrance psychique et une difficulté existentielle.

Facteurs prédisposants

Facteurs qui étaient présents avant le trouble alimentaire. Ex : hérédité, événements de l'enfance...

Facteurs précipitants

Facteurs associés au début des symptômes. Ex : « À 16 ans, j'ai commencé une diète très sévère suite à une déception amoureuse ».

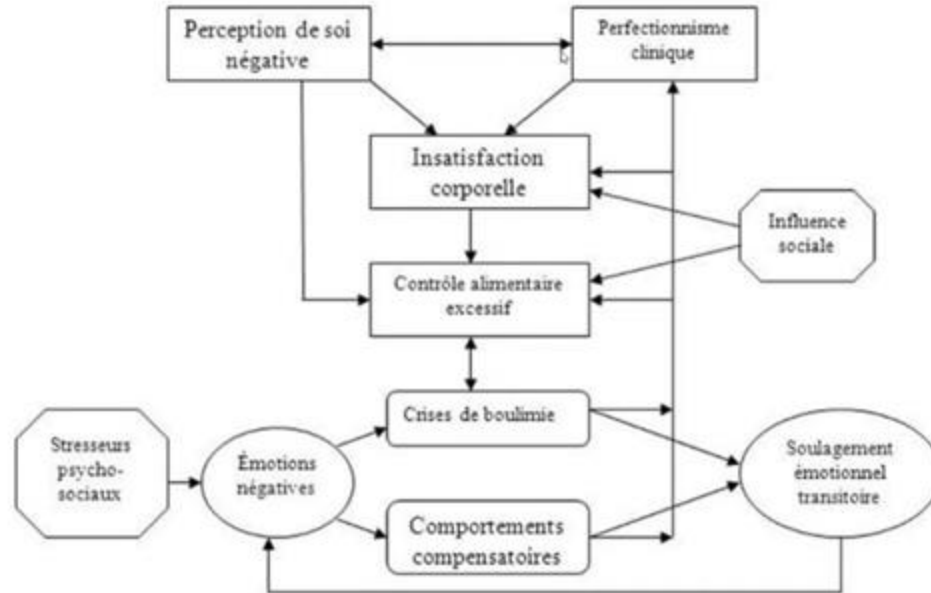
Facteurs perpétuants

Facteurs qui expliquent pourquoi les symptômes continuent malgré le fait qu'ils soient très dérangeants. C'est le cercle vicieux.



ProSportConcept
Formation aux métiers du sport

Modélisation de la boulimie de Fairburn (1997 et 2003)



Transposable quasiment pour les autres troubles du comportement alimentaire

III- Les différents types de TCA

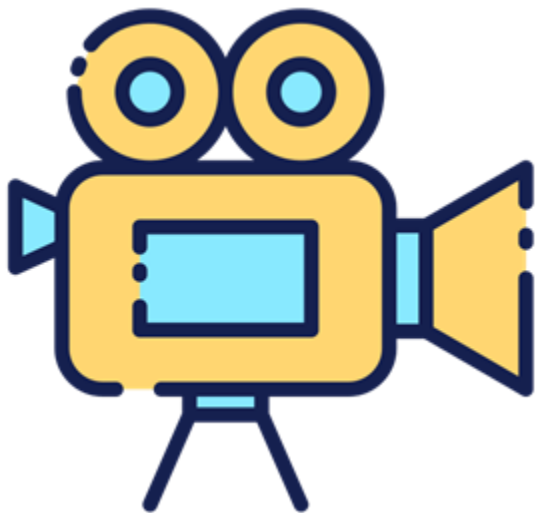
Les TCA ne se résument pas aux formes syndromiques complètes de l'anorexie mentale et de la boulimie.

Les formes non syndromiques ou TCA atypiques sont de loin les plus fréquents.



L'anorexie mentale

Vidéo : “Avant d’être Philomène”



A. Restriction des apports énergétiques par rapport aux besoins conduisant à un poids significativement bas compte tenu de l'âge, du sexe, du stade de développement et de la santé physique. Est considéré comme anormalement bas un poids inférieur à la norme minimale ou, pour les enfants et les adolescents, inférieur au poids minimal attendu.

B. Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, ou comportement persistant interférents avec la prise de poids, alors que le poids est significativement bas.

C. 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 manque de reconnaissance persistant de la gravité de la maigreur actuelle.

D. Altération de la perception du poids et des formes corporelles avec influence excessive sur l'estime de soi ou persistance d'un déni de la gravité de la maigreur actuelle.

2 types d'anorexie mentale

Type restrictif :

Pendant les 3 derniers mois la personne n'a pas, de manière régulière, présenté de crises de boulimie, ni recouru à des vomissements provoqués ou à des comportement purgatifs .

→ La perte de poids est essentiellement obtenue par les régimes, le jeûne et / ou l'exercice physique.

Type non restrictif :

Pendant les 3 derniers mois, la personne a, de manière régulière, présenté des crises de boulimie et / ou recouru aux vomissement provoqués ou à la prise de purgatifs (laxatifs, diurétiques, lavements).

Définition et épidémiologie

L'anorexie mentale est une conduite de restriction alimentaire dont la persistance et la sévérité contraste avec l'absence apparente de troubles psychiatriques majeurs.

Elle touche avec prédilection les adolescents entre 12 et 20 ans. Elle ne touche que les sociétés d'abondances et les catégories sociales aisées.

On en compte près de 40 000 en France dans la population des 12 - 19 ans. Dans cette même population, la boulimie touche 10 fois plus de personnes.

Le sex-ratio est de 1 homme pour 9 femmes.



Degré de sévérité

IMC ≥ 17 kg/m²Légère

IMC 16 – 16,99Modérée

IMC 15 – 15,99..... Sévère

IMC < 15 kg/m²Extrême

Certains facteurs déclenchants avec l'installation de l'anorexie :

- Séparation avec la famille ;
- Séparation d'un membre de la fratrie avec lequel la personne avait une relation privilégiée ;
- Relation amoureuse ;
- Echec ou succès à un examen...

Triade symptomatique

1- Anorexie

- Refus volontaire de toute alimentation appelée sitophobie ;
- L'anorexie est le symptôme dominant et initial ;
- L'anorexie peut être totalement déniée par la patiente ou bien rationalisée : “Je ne mange pas car je n'ai pas faim...”.

2- Aménorrhée

Elle coïncide ou suit le plus souvent la restriction alimentaire.

3- Amaigrissement

Il est important et rapide : entre 10 à 50% du poids normal pour l'âge, parfois plus. Souvent complété par un appoint médicamenteux : prise de laxatifs, diurétiques. L'attitude de la personne par rapport à son amaigrissement est caractéristique : banalisation ou dissimulation de cette perte (vêtements larges, falsification des pesées...).

Caractéristiques de la pathologie

- Manque de flexibilité et de créativité ;
- Perfectionnisme ;
- Surinvestissement scolaire ;
- Isolement social pouvant aller jusqu'à la phobie sociale ;
- Affectivité bloquée.

Signes

État carentiel :

- Aspect cadavérique ;
- Fonte musculaire, yeux enfoncés dans les orbites ;
- Visage ridé, joues creusées, effacement des formes du corps ;
- Phanères : cheveux ternes et secs, ongles striés, cassants ;
- Oedèmes de carences (chevilles, péri-orbitaires) ;
- Constipation ;
- Troubles circulatoires des extrémités ;
- Peau violacées, froide et moite ;
- Au plan cardiaque : tension artérielle basse, bradycardie ;
- Hypertrichose (pilosité importante) et lanugo (duvet sur tout le corps) ;
- Hypothermie constante, altérations dentaires.

Troubles comorbides

- Troubles anxio-dépressifs ;
- Troubles anxieux : TOC, phobie spécifique et / ou sociale ;
- Troubles de la personnalité : évitante, dépendante, obsessionnelle, compulsive, passive, agressive.

Formes cliniques de l'anorexie mentale

→ Anorexie avec épisodes boulimiques : Forme réactionnelle suite à un traumatisme (deuil, échec, conflit) dont la dimension dépressive est importante. Le pronostic d'évolution et de guérison est souvent favorable.

→ Forme chez le garçon

→ Forme pré-pubertaire (entre 9 et 12 ans) : C'est une forme sévère. On observe un retentissement sur la croissance avec parfois un retard staturo-pondéral irréversible.

→ Anorexie tardive (anorexie mentale de l'adulte) : Au delà de 25 ans. dans les antécédents, on retrouve un épisode mineur réactionnel à l'adolescence, passé plus ou moins inaperçu. Pronostic mauvais car tendance à la chronicisation.

Évolution et pronostic

1- Mort

5 à 10% meurent suite à un désordre métabolique, arrêt cardiaque par troubles de la conduction, réalimentation parentérale trop rapide, accès boulimique (20% après 20 ans d'évolution). Liée à la dénutrition dans 50% et suicides pour 25%.

Taux de mortalité le plus élevé dans les maladies psychiatriques.

2- Guérison

Dans 30 à 80% en fonction de la durée de suivi mais ce taux varie beaucoup en fonction des études.

3- Chronicisation

Les rechutes sont fréquentes : 50% des cas.

Traitements

Contrat : fixer des objectifs négociés et acceptés par la patiente, sa famille et les soignants. Cela pose un cadre, l'isolement y est inscrit et les étapes de sa levée progressive.

Psychothérapie : Lorsque l'état physique est "satisfaisant". La capacité d'élaboration de la patiente est conditionnée par la reprise pondérale.

Traitement médical : pour les carences éventuelles et la dénutrition.

→ Réalimentation très progressive (syndrome de renutrition) si le poids est extrêmement bas et +/- sonde.

La boulimie

Étymologie

Du grec :

- Bous : le boeuf ;
- Limos : la faim.

“État pathologique de voracité culminant dans l’ingestion d’une quantité excessive de nourriture.”



La boulimie atteint environ 2% de la population féminine occidentale. Cette fréquence est multipliée par 4 dans la population adolescente et est donc 10 fois plus important que l'anorexie mentale dans cette population.

Les épisodes boulimiques sont moins fréquents chez les hommes.

L'âge d'apparition des troubles se situent autour de 19 ans.

Le poids est normal dans 65% des cas en raison des vomissement qui sont associés à ces troubles (41% des cas).

Diagnostic positif

A. Survenue récurrente de crises de boulimie répondant aux 2 caractéristiques suivantes :

- Absorption en une période limitée d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que le plupart des gens absorberait en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances ;
- Sentiment de perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise.

B. Comportements compensatoires inappropriés et récurrents visant à prévenir la prise de poids.

C. Les crises et comportements compensatoires surviennent au moins 1 fois par semaine pendant une durée de 3 mois au moins.

D. L'estime de soi est influencée de manière excessive par le poids et la forme corporelle.

E. Le trouble mental ne survient pas exclusivement pendant les épisodes d'anorexie mentale.

A différencier des hyperphagies secondaires à des causes organiques (tumeur cérébrale, syndrome démentiel, ...), des pathologies psychiatriques (accès maniaque, schizophrénie, équivalent dépressif, équivalent névrotique).

A différencier également d'autres troubles alimentaires :

- Grignotage ;
- Hyperphagie prandiale.

Signes cliniques

Accès boulimique :

- Phase prodromique : vague sensation envahissante et oppressante de faim accompagnée d'angoisse et d'irritabilité ;
 - Accès proprement dit : surconsommation alimentaire :
 - Incontrôlable, impérieuse, irrépressible, irréversible ;
 - Survenue brutale ;
 - Aliments hypercaloriques, faciles à ingérer (3 500 à 20 000 kcal par accès) ;
 - En cachette ;
 - Accompagnée de plaisir ;
 - Rapide (crise inférieure à 2h) ;
 - Fin de l'accès.
- Soulagement transitoire et surtout profond malaise.

Signes cliniques

Conduites boulimiques :

En dehors des crises, les personnes présentent diverses préoccupations autour de la nourriture :

- Envie de nourriture, lutte pour y résister, peur de manquer ;
- Stratégie d'évitement ;
- Préoccupation constante, obsédante de la nourriture ;
- Attirance pour la cuisine, les métiers de l'alimentation ;
- Obsession des régimes, recherche d'une minceur idéale ;
- Refus de manger en compagnie ou à heures fixes;
- Alternance de la peur de grossir et celle de ne plus pouvoir s'arrêter de manger.
- + Parfois conduites impulsives, à caractère "boulimique" sont fréquemment associés : collectionnisme de vêtements, achats d'objets +/- inutiles...

Complications, évolutions, pronostic

Évolution :

- Troubles des cycles menstruels ;
- Hypertrophie des parotides (par ingestion brutale de sucres, par vomissements), hypokaliémie, atteinte de l'émail dentaire, caries, ulcération buccale, oesophagite, reflux, gastrite.

Pronostic :

Près de 30% des boulimiques demeurent boulimiques.

On retrouve fréquemment une dimension dépressive sous-jacente.

Traitement

Psychothérapie :

- Thérapies comportementales visant à traiter le comportement, l'attitude globale vis-à-vis de la nourriture, et non le symptôme ;
- Thérapies cognitives a pour but de permettre une restructuration cognitive en identifiant et en corrigeant les idées erronées (distorsion cognitive).

Rééducation nutritionnelle et diététique en rapport avec les habitudes alimentaire du sujet et le statut pondéral : objectifs premier est de diminuer les crises en insistant sur la prise de 3 repas par jour (liste des aliments anxiogènes).

- + Technique de renforcement de l'image de soi, relaxations.

Le Binge Eating Disorder ou hyperphagie

Les crises de boulimie sont associées à au moins 3 caractéristiques suivantes (commun à la boulimie et au BED):

- 1- Manger beaucoup plus rapidement que la normale ;
- 2- Manger jusqu'à éprouver une sensation pénible de distension abdominale ;
- 3- Manger de grandes quantités en l'absence de sensation de faim ;
- 4- Manger seul parce que l'on est gêné de la quantité de nourriture que l'on absorbe ;
- 5- Se sentir dégoûté de soi-même, déprimé ou très coupable après avoir trop mangé.

Sémiologie et prévalence

Sémiologie :

- Prise alimentaire importante avec sensation de remplissage ;
- Perte de contrôle pendant l'acte alimentaire ;
- Comportement boulimique au moins 1 fois par semaine sur une période de 3 mois ;
- Absence de comportements compensatoires inappropriés.

Prévalence :

- Fréquente chez les personnes ayant une obésité ;
- Répartition égale dans les 2 sexes.

Forme non syndromique ou TCA atypique

- Hyperphagie prandiale ;
- Syndrome d'hyperphagie nocturne ;
- Compulsion - Grignotage ;
- Restriction cognitive ;
- Alimentation émotionnelle.

Hyperphagie prandiale

Consommation exagérée pendant le repas

Absence de signaux de rassasiement

Souvent mal identifiée par les patients

Syndrome d'hyperphagie nocturne

- Besoin impérieux de manger le soir au cours de la phase d'endormissement, ou la nuit au cours d'une phase de réveil ;
- Ne peut pas se rendormir tant que la personne n'a pas ingurgité une certaine quantité d'aliments ;
- Pas de comportement compensatoire malgré les tentatives de restrictions sur la journée ;
- Parfois la personne a conscience de la crise le lendemain en voyant les restes;
- Troubles du sommeil fréquents.

Compulsions alimentaires

- Consommation impulsive, brutale d'un aliment ou groupe d'aliments ;
- Envie plutôt que réelle faim ;
- Cette notion est indépendante du volume de la prise ;
- Soulagement initial puis culpabilité ;
- Souvent le soir.

Grignotage

- Ingestion répétée de petites quantités ;
- En dehors des repas ;
- Faim sûrement présente mais non ressentie ;
- La plupart du temps, il est homéostatique ;
- Vers certains aliments ;
- Quantification difficile ;
- Comportement facilement admis car rarement culpabilité ou honte.

BED	<i>Consommation en un temps donné d'une quantité d'aliment supérieure à ce que la majorité des gens mangerait, avec notion de perte de contrôle et culpabilité</i>
Compulsion	<i>Impulsion soudaine et irrésistible à consommer un aliment précis</i>
NED	<i>Réveil nocturne pour manger sur un mode compulsif</i>
Hyperphagie prandiale	<i>Consommation exagérée pendant le repas, absence de signaux de rassasiement</i>
Grignotage	<i>Consommation sans faim, avec envie, de petites quantités d'aliment jugé agréable</i>

Orthorexie

Obsession du manger sain

→ Pouvant être associé à un contrôle du poids

Attention : être vigilant entre conviction et troubles



Bigorexie (Syndrome d'Adonis)

- Recherche d'un corps musclé et sec ;
- Prédominance chez les hommes ;
- Estime de soi fortement dépendante de l'apparence ;
- Addiction au sport ;
- Restriction alimentaire quantitative (sèche) et qualitative (suppression lipides...) ;
- Consommation importante parfois de compléments alimentaires ;
- Forme d'anorexie inversée passant par des contrôles excessifs de la nourriture.

La restriction cognitive

Position mentale à l'égard des aliments et du corps dans l'intention forte de réduire ses apports caloriques pour maigrir ou ne pas grossir.

Souvent accompagnée de croyances alimentaires sur ce qui ferait grossir ou maigrir. Le comportement alimentaire s'organise ou se désorganise autour de ces croyances.



Qui sont les personnes exposées à la restriction cognitive ?

Les personnes souffrant d'insatisfaction corporelle et / ou soucieuse de "bien manger".



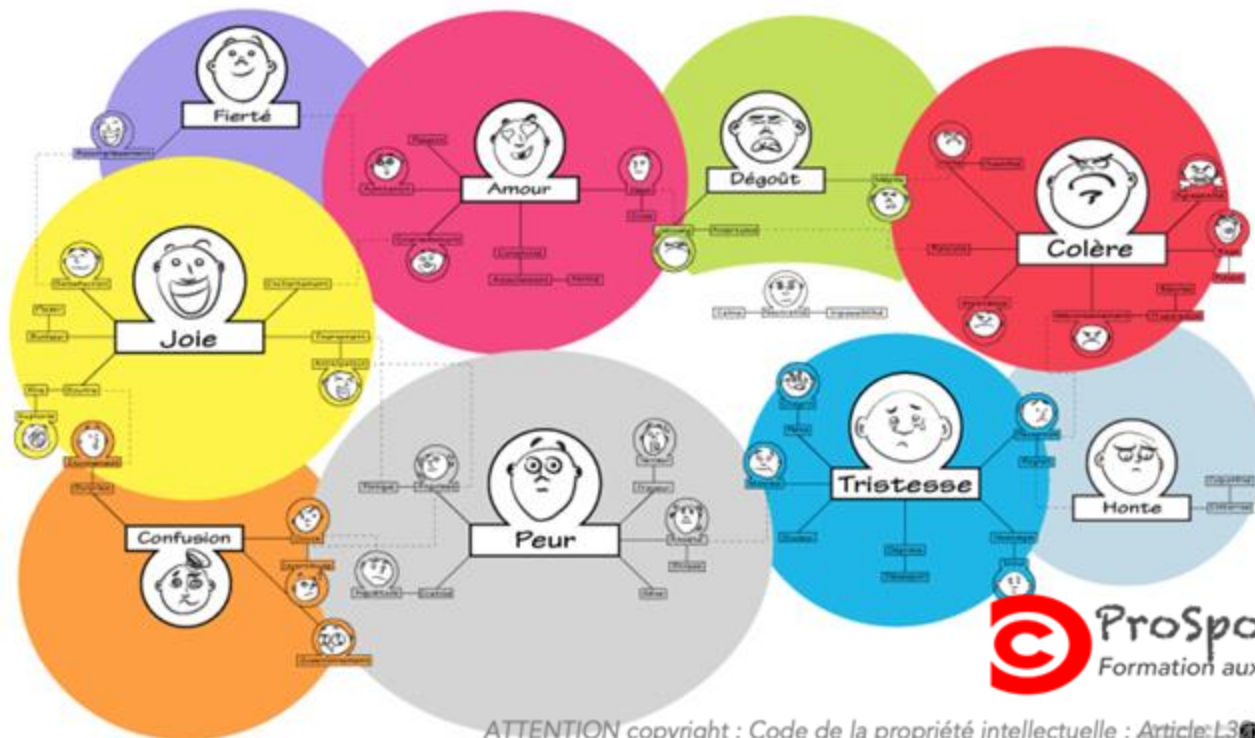
La restriction cognitive présente comme un perturbateur des systèmes de régulations énergétiques et émotionnels.

Elle se manifeste par la disparition progressive des sensations alimentaires et l'apparition d'un comportement alimentaire émotionnel.

Elle fait partie du tableau des TCA et nécessite un traitement spécifique.

L'alimentation émotionnelle

les émotions



Les envies de manger émotionnelles

Elles sont normales, nous sommes tous humains !!

Objectifs :

- Amener la personne à identifier et nommer les émotions ;
- Exprimer ses ressentis corporels, ses pensées associées ;
- Observer son comportement dans ces moments là ;
- Lui faire observer les conséquences ;
- Lui faire expérimenter la dégustation pleine conscience.