

Les troubles du comportement alimentaire dans tous leurs états - Résumé

Pour la 13^{ème} année, l'association Autrement a organisé, le 25 octobre, un symposium centré sur la formation des professionnels de santé. Médecins généralistes, spécialistes, diététiciens et psychologues sont venus de toutes les régions de France. 130 congressistes y ont participé. Cette manifestation scientifique a eu pour but de favoriser les échanges d'idées et de présenter les dernières études sur le thème des troubles du comportement alimentaire (TCA).

Afin d'être plus cohérent, nous déclinerez la journée selon les trois thèmes qui avaient été initialement choisis par le Conseil Scientifique, que nous remercions ici de l'excellence de son travail.

Les aspects phénotypiques ont été abordés au travers de quatre conférences :

Pr RIGAUD (Dijon) : On connaît maintenant bien les premiers signes de TCA : la peur immotivée de grossir, des pensées obsédantes vis-à-vis de l'alimentation, un besoin de maigrir compulsif, un mal-être évident et une hyperactivité mal contrôlable, une certaine forme de rigidité alimentaire, quelques vomissements. Concrètement, tout commence par un régime hypocalorique mis en place pour de mauvaises raisons et trop restrictif dans 70 % des cas.

Mme le Dr BLANCHET (Paris) : une caractéristique troublante des TCA est la modification de leur expression phénotypique avec le temps. Chez telle malade, l'anorexie mentale (AM) est précédée de compulsions alimentaires. Chez une autre, l'AM d'abord restrictive se transforme en AM boulimique ou vomitive. Une autre passe de l'AM à la boulimie à poids normal tandis que, chez une dernière, la boulimie se change en compulsions alimentaires avec prise de poids. On sait mieux maintenant les facteurs de risque : les ATCD de traumatisme sexuel prédisposent à la crise compulsive (boulimique ou non). De même, des compulsions alimentaires ou un surpoids dans l'enfance prédisposent à une forme purgative-compulsive de l'AM, à la boulimie et à la compulsions alimentaires. Une tendance à la rigidité psychique conduit plus vers l'AM restrictive, tandis que la labilité de l'humeur (syndrome de bipolarité à minima ou plus sévère) et l'impulsivité exposent plus à l'évolution vers une forme compulsive.

Pr RIGAUD : Une des caractéristiques de l'AM est la disparition des règles (aménorrhée). Elle est en règle liée à la perte de poids et à l'IMC. C'est une aménorrhée hypothalamique, déclenchée par le déficit profond en leptine et autres hormones du tissu adipeux périphérique. En effet, c'est la leptine qui active le GnRH (ancien LH-RH). Le profil est celui de la phase pré-pubertaire : baisse importante des concentrations plasmatiques d'œstrogène, de progestérone, de LH, de FSH... les conséquences sont importantes : effondrement de la fécondité et, chez les rares malades AM qui ont pu être enceintes fausses couches, retard in utero, prématurité, anémie et défaut de lien mère-enfant après la naissance. Mais d'autres complications peuvent en résulter : troubles vasculaires (extrémités), ostéoporose, troubles de l'humeur (anxiété, dépression) liés au déficit en testostérone.

Pr LAMISSE (Tours) : Depuis dix ans déjà, les médecins et chirurgiens prennent conscience que les troubles du comportement alimentaire (TCA) existent bels et bien chez des malades ayant subi une chirurgie bariatrique : c'était l'occasion de rappeler que certains TCA existaient déjà chez ces malades avant l'acte chirurgical (compulsions alimentaires-maladie [CA] ou crises compulsives épisodiques, grignotage pathologique) : ce seraient 30 % des

malades. Fait plutôt peu connu, ces troubles peuvent régresser après chirurgie, au moins dans les 3 premières années : sur les 16 études publiées, 7 font état de la disparition de la CA et 9 indiquent qu'elles ont diminué de 30 à 50 %.

Les aspects psychologiques ont également été abordés lors de 4 conférences :

Pr GICQUEL (Poitiers) : L'hyperactivité physique (HPAP) est un des signes les plus fréquents de l'anorexie mentale (AM). Il touche un peu plus la forme restrictive que la forme boulimique. Globalement, l'HPAP concerne 30 à 60 % des malades selon les statistiques publiées. On peut observer une HPAP dynamique : marcher vite, courir, faire du sport, mais aussi une HPAP statique : tremblements des jambes, maintien en position debout, sautilllements, abdominaux... L'HPAP est corrélée à l'anxiété et aux TOC. Les malades qui ont une très mauvaise image de soi sont celles qui ont le plus d'HPAP. Elle aggrave le pronostic et diminue la prise de poids. Elle reste encore mal prise en compte dans le traitement de l'AM.

Pr RIGAUD : Dans un autre domaine, les malades qui font des crises compulsives alimentaires (AM-B, boulimie et compulsions alimentaires non vomitives) les font en réponse à des facteurs inducteurs de crises. Ces facteurs déclencheurs, sans lesquels la crise n'a pas lieu expliquent pourquoi au moins deux tiers des malades arrêtent leurs crises lorsqu'ils entrent à l'hôpital... pour reprendre dès la sortie. Ces inducteurs sont actuellement mieux identifiés : les crises se déclenchent plutôt en fin d'après-midi ou le soir, en rentrant chez soi, dans la cuisine ou la pièce principale, en réponse à des signaux de faim ou des signaux sensoriels en rapport avec les aliments des crises (signaux ciblés), en réponse bien sûr enfin à des émotions, quelles qu'elles soient (anxiété, stress, à coup dépressif, flash du passé). Il s'agit d'une véritable addiction à laquelle les malades peinent à se soustraire, lorsque l'inducteur est présent.

Mme GIMENEZ (Trans en Provence) : Les TCA sont en quelque sorte des comportements pulsionnels. Ils s'accompagnent de plus de compulsions associées : hyperactivité physique, TOC de ménage, rangement, lavage, tabagisme ou abus de substances. Ce dont il s'agit au fond, c'est la contrainte exercée sur les pulsions de vie : le refus de manger, le rejet du plaisir, la négation de la colère pour ne citer que quelques uns. Ce frein, ce blocage, cette inhibition consciente ou pas des pulsions vitales (manger est vital) génère un désordre majeur au niveau des centres cérébraux qui les pilotent. Il s'opère donc une dérivation de la ou des pulsions qui ne peuvent pas être exprimées vers d'autres qui le sont : hyperactivité physique, TOC, jeûne, crises compulsives alimentaires, vomissements. Mais comme la réponse n'est pas adaptée à la question (il s'agit de manger), la « fausse-pulsion » se répète à l'infini (compulsion).

Pr RIGAUD : C'est entre autre à cause de ces pulsions que les malades se sentent en grande insécurité. Cette insécurité est un des éléments plus fréquemment retrouvé dans les TCA (AM, boulimie, compulsions alimentaires). Il est actuellement bien établi que le sentiment d'insécurité est en partie du au TCA lui-même, lorsqu'il se rend compte que la situation et son comportement lui échappent. L'origine de ce sentiment d'insécurité est très souvent un déficit ou une altération du lien affectif : la malade ne se sent pas aimée comme elle le voudrait, soit qu'elle ne l'est pas été, soit que cet amour l'étouffe... Assez souvent, les malades parlent d'un manque de tendresse dans les liens qui les unissent à leurs géniteurs. Dans d'autres cas, le sentiment d'insécurité est en rapport avec un traumatisme qui a laissé une marque durable et forte dans les mémoires de l'individu (divorce, abus sexuel, rupture avec l'environnement...).

Les aspects thérapeutiques ont été traités abordés au cours de 4 conférences :

Mme le Dr JIANG (Lyon) : Les neurosciences nous apprennent à mieux comprendre comment fonctionnent les TCA. En comparant des malades anorexiques ou boulimiques, grâce à l'IRM fonctionnelle ou au pet-scan, les chercheurs ont identifié des différences très nettes entre ces deux TCA. Ainsi, les malades ne réagissent-ils pas de la même façon lorsqu'on leur présente un objet alimentaire (vision, olfaction, gustation) ou qu'on leur évoque leur image corporelle. En cas d'AM, on note une hyperactivité dans le cortex préfrontal latéral droit et l'aire cingula antérieure dorsale, mais aussi une hyperactivité dans le noyau caudé et l'insula gauche. Ceci est assez cohérent avec la distorsion de l'image corporelle et la peur liée à l'acte alimentaire. Cette hyperactivité n'est pas ou moins observée chez des malades boulimiques, qui semblent, elles, activer des zones plus impliquées dans l'image négative de soi et l'action impulsive : cortex visuel, insula droite, gyrus précentral et temporal supérieur, noyau caudé, insula droite, cortex moteur supplémentaire (zone frontale antérieure). Mais beaucoup reste à faire dans ce domaine : analyser simultanément des malades AM restrictives et AM-boulimiques ainsi que des malades boulimiques ; vérifier enfin que les anomalies persistent une fois corrigés les désordres nutritionnels (amaigrissement, carences nutritionnelles).

Pr RIGAUD : les aspects nutritionnels ont été traités depuis quelques années de façon plus rigoureuse. Différents auteurs ont bien montré que, tant chez les malades anorexiques que boulimiques, il existait des carences nutritionnelles graves, même si les différents examens biologiques n'en témoignaient pas. Il semble bien que l'approche nutritionnelle intensive permette, au cours de la boulimie, de faire céder les crises et de réduire les altérations de l'humeur (anxiété, état dépressif). De même, la réintroduction des protéines à des fins de construction cellulaire et de synthèse de neuromédiateurs par les acides aminés précurseurs (tyrosine, tryptophane) permette la récupération de certaines fonctions cognitives et relationnelles altérées. A cet égard, les protéines laitières (lait, laitages et fromages) ont montré leur supériorité en termes de faisabilité et d'efficacité. Fait important, la prise en charge nutritionnelle permet aux malades d'exprimer enfin leurs vrais problèmes psychocomportementaux, sans être obnubilés par leur pensée anorexique. On voit ainsi, au fil de la renutrition, apparaître sous leur vrai jour les mécanismes et pensées qui ont permis au TCA de s'installer et celles et ceux qui leur ont permis de s'enkyster.

Mme GIMENEZ : Ces « vrais » problèmes sont sous-jacents aux TCA. Ils sont souvent l'émotion ou les émotions qui sont derrière : peur des autres (de leur jugement), impuissance, sentiment d'insécurité, dévalorisation de soi et de son image physique... Il est plausible que le cerveau, lorsqu'il opte pour le TCA, croit faire le bon choix. Il va falloir au thérapeute la patience et l'empathie d'accompagner ces personnes malades vers une vie valable pour elles (eux). La malade doit pouvoir entendre que « C'était le bon choix à ce moment-là, mais ça a trop d'effets collatéraux maintenant ». Ce n'est cependant pas au thérapeute de décider ce qui est valable, bon, pour son malade. Ce désir d'ailleurs, autrement, plus tard, va évoluer en effet chez la personne malade, au fil de l'évolution vers la guérison. Elle n'aura pas les mêmes plans de vie, la même attitude, les mêmes choix et envies en phase de récupération, en phase de guérison et une fois guérie. Il faut savoir changer avec elle !

Les communications de ce colloque seront publiées prochainement dans la revue « Pratiques en Nutrition ».