

100 QUESTIONS/RÉPONSES



LES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

**GHU PARIS**
PSYCHIATRIE &
NEUROSCIENCES
Sainte-Anne
Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale (CMME)

La Clinique des Maladies
Mentales et de l'Encéphale



Est-ce que toutes les personnes maigres sont anorexiques ?

■ Définition de maigreur

L'Organisation mondiale de Santé définit la maigreur comme un état physique caractérisé par un indice de masse corporelle inférieur à $18,5 \text{ kg/m}^2$. Comme les patients souffrant d'anorexie mentale, les sujets maigres ont donc un indice de masse corporelle inférieur à la normale.

La maigreur, cependant, est la seule ressemblance entre anorexie mentale et maigreur constitutionnelle.

■ La maigreur dans l'anorexie mentale

Dans l'anorexie mentale, la maigreur n'est que la conséquence visible de l'ensemble des comportements et des symptômes propres de la maladie. Dans l'anorexie mentale, cette maigreur est poursuivie et désirée par des comportements actifs comme la restriction alimentaire et les autres stratégies de contrôle du poids. Par ailleurs, elle est souvent déniée du fait d'une altération de l'image corporelle. Le profil hormonal et neuro-hormonal de ces sujets présentent des altérations qui ne sont pas retrouvées chez les sujets sains, ni chez les sujets constitutionnellement maigres.

■ La maigreur constitutionnelle

Dans les personnes constitutionnellement maigres, et qui ne souffrent pas d'anorexie mentale, on ne retrouve pas cette peur de prendre du poids, ni cette volonté d'en perdre. La balance énergétique chez ces sujets n'est pas en déficit, comme pour les patients anorexiques. Les sujets constitutionnellement maigres présentent une régulation hormonale au niveau central qui n'est pas perturbée, à différence des sujets anorexiques. Cette régulation centrale, effectuée par la structure fonctionnelle de l'axe hypothalamo-hypophysaire, régit la sécrétion de plusieurs hormones, comme les hormones de la thyroïde et les hormones sexuelles. De ce fait, il n'est pas classique de retrouver une aménorrhée ou des altérations osseuses chez les sujets constitutionnellement maigres.

■ **Autres causes de maigreur**

Des pertes de poids involontaires peuvent se vérifier dans une multitude d'autres conditions cliniques, comme l'hyperthyroïdisme, ou les pathologies cancéreuses. Dans ces cas, cette maigreur peut être sous-tendue par une augmentation du métabolisme de base, ou du catabolisme. D'autres conditions sont caractérisées par une diminution de l'appétit, dépourvue de toute intention de perdre du poids. C'est le cas de certaines formes de dépression. Dans tous ces cas, lorsque la maigreur n'est ni la conséquence de comportements finalisés à perdre du poids ou à ne pas en prendre, ni poursuivie activement du fait d'une altération de l'image de son propre corps, on ne parlera pas d'anorexie mentale.

■ **Est-ce que tous les sujets avec anorexie mentale sont maigres ?**

Non. Il existe également des sujets qui souffrent d'anorexie mentale tout en étant à poids normal, c'est-à-dire avec un indice de masse corporelle entre 18,5 et 25 kg/m². Ces individus présentent les mêmes comportements alimentaires restrictifs et stratégies de contrôle de poids que les patients avec anorexie mentale « typique ». Le seul critère qui les distingue de ces derniers est le poids. On utilise, pour ces patients, le diagnostic d'anorexie mentale atypique, entité diagnostique qui rentre dans les « troubles du comportement alimentaire non autrement spécifiés » selon la classification des maladies mentales du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.

Le mot « anorexie » vient du grec ancien et c'est l'union de la particule « an », qui est un préfixe qui indique la négation, et « orexie », qui signifie « appétit », « faim ». Pris de manière isolée, le terme « anorexie » signifie « absence d'appétit ».

Lorsque ce terme n'est pas suivi de l'adjectif « mentale », le terme anorexie est utilisé dans le langage médical pour définir toute condition clinique de diminution de l'appétit et des apports alimentaires.

Plusieurs conditions cliniques, plusieurs affections physiques et somatiques, et certains traitements, ont comme symptôme ou effet une diminution de l'appétit.

■ L'anorexie « non mentale », un symptôme de certaines maladies

L'anorexie peut être la conséquence d'un cancer. Les substances libérées par certains cancers peuvent modifier les fonctions intestinales, la digestion des nutriments et les hormones affectant l'appétit. La perte d'appétit peut également être induite par la chimiothérapie et persister relativement longtemps. La radiothérapie et la chimiothérapie peuvent être responsables de l'endommagement des muqueuses de la bouche et du nez, et provoquer ainsi des modifications du goût et de l'odorat susceptibles de diminuer l'appétit. Certains patients rapportent une sensation de lourdeur et d'oppression au niveau abdominal, qui diminue leur appétit. Certains patients souffrent également de nausées et de vomissements induits par la chimiothérapie.

D'autres maladies psychiques que l'anorexie mentale présentent l'anorexie parmi leurs symptômes. La dépression en est un exemple. Dans la dépression, une diminution de l'appétit est souvent retrouvée et est l'expression d'une perte de plaisir qui intéresse tous les aspects de la vie des patients.

Certaines maladies digestives peuvent également induire une anorexie, comme les occlusions intestinales et les maladies inflammatoires chroniques. Dans ces cas, le tube digestif peut envoyer au cerveau le message de ne pas rechercher des aliments, n'étant pas prêt à les recevoir.

In fine, certains états psychologiques peuvent s'associer d'une anorexie, comme le stress ou une anxiété importante.

■ Pourquoi on parle d'anorexie « mentale » ?

L'adjectif « mentale » permet de distinguer une perte d'appétit liée à des conditions organiques psychologiques ou iatrogènes, du trouble du comportement alimentaire. L'adjectif « mentale » (*nervosa* en anglais) souligne ainsi l'ensemble des perturbations psychologiques, comportementales, biologiques et émotionnelles qui sont à la base de perturbations spécifiques du comportement alimentaire. Les patients qui ont une anorexie mentale, donc, poursuivent la perte de poids par la diminution des apports alimentaires. À différence des autres conditions d'anorexie, les sujets avec anorexie mentale engagent une lutte perpétuelle contre la faim. Dans l'anorexie mentale, la diminution des apports alimentaires n'est pas forcément la conséquence d'une diminution de l'appétit, mais répond aussi à d'autres besoins, comme celui de perdre du poids, ne pas grossir, contrôler son corps et ses besoins, et se soustraire aux sentiments d'anxiété et culpabilité anormalement induits par l'alimentation.

■ Épidémiologie

L'anorexie mentale et le trouble obsessionnel-compulsif (TOC) sont deux pathologies souvent comorbides. Le TOC est présent chez 35 à 44 % des patients atteints d'anorexie mentale, et cette dernière est présente chez 10 % des femmes atteintes de TOC. Les personnes qui souffrent d'anorexie mentale ou de TOC ont donc une prévalence plus élevée de l'autre pathologie par rapport à la population générale.

Avoir un TOC associé à l'anorexie mentale est pourvoyeur d'un âge de début des troubles plus précoce et semble avoir un impact négatif sur le pronostic. De plus, la présence de TOC chez l'enfant est identifiée comme facteur de risque de développer une anorexie mentale plus tard.

Plusieurs arguments suggèrent une étiologie partagée entre TOC et anorexie mentale.

■ Génétique

Les dernières études d'analyse génétique moléculaire retrouvent une corrélation génétique positive entre les deux troubles, au titre d'environ 50%. Cette recherche suggère que ces deux entités nosographiques pourraient représenter des expressions d'un phénotype commun.

À côté de l'existence d'un chevauchement génétique entre le TOC et l'anorexie mentale, des facteurs de risque génétiques et environnementaux spécifiques au trouble contribuent à l'étiologie de chacune des deux pathologies. La majorité de la variance génétique est effectivement spécifique au trouble, et les influences environnementales non partagées sont en grande partie uniques à chaque condition, ce qui explique les différences cliniques évidentes entre les deux conditions.

■ Facteurs psychologiques

Les facteurs de personnalité suivants sont très prononcés à la fois chez les personnes atteintes d'anorexie mentale et celles atteintes de TOC :

- Neuroticisme (c'est-à-dire une disposition à l'émotivité négative en relation avec des événements incertains ou indésirables).
- Perfectionnisme, nature consciencieuse (avec un intérêt pour l'ordre et l'exactitude).
- Évitement du danger (un trait caractérisé par l'anxiété, l'inhibition comportementale et l'inflexibilité).
- Préoccupation concernant les erreurs (c'est-à-dire s'inquiéter excessivement des propres erreurs perçues).
- Impulsivité.
- Nature anxieuse.

■ Symptomatologie

Le TOC se caractérise par la présence d'obsessions (pensées, pulsions ou images récurrentes et persistantes vécues comme intrusives et incontrôlables) et de compulsions (comportements répétitifs ou rituels mentaux que l'individu se sent obligé d'accomplir). Ces symptômes sont récurrents et répétitifs, chronophages, et ne sont pas secondaires aux effets d'une substance ou d'un médicament, ni à d'autres troubles mentaux.

Dans l'anorexie mentale, on retrouve souvent des idées intrusives et obsessionnelles au sujet de l'alimentation et de la nourriture, avec un comportement alimentaire ritualisé. On peut retrouver un recours compulsif à des stratégies de contrôle du poids et de la forme physique, telles l'exercice physique, et de vérification du poids et des apports alimentaires, par la pesée des aliments, le comptage des calories, et le body checking.

Autrement dit, dans l'anorexie mentale prise individuellement, les obsessions et les compulsions existantes sont liées exclusivement à l'alimentation et aux symptômes de l'anorexie. Pour pouvoir recevoir un diagnostic supplémentaire de TOC, ces mêmes individus doivent présenter d'autres obsessions et compulsions que celles autour de la nourriture et de leur forme physique.

Quel est le lien entre autisme et anorexie mentale ?

Actuellement et selon les dernières classifications internationales nous parlons de Trouble du spectre autistique (TSA). Ces troubles sont d'une grande hétérogénéité tant sur la présentation clinique que sur le pronostic fonctionnel.

■ Qu'est-ce qu'un Trouble du spectre autistique ?

Il s'agit d'un trouble neurodéveloppemental c'est-à-dire un trouble débutant dès l'enfance à l'origine d'une perturbation du développement cognitif et affectif qui entraîne un retentissement important sur le fonctionnement social, familial et professionnel et qui se poursuivra au cours de la vie. Il est d'origine multifactorielle notamment génétique et environnementale. Le TSA se manifeste par un déficit dans la communication et les interactions sociales ainsi que par le caractère restreint et répétitif des comportements et intérêts. Il peut exister un déficit intellectuel ou un retard de langage associés mais ils ne sont pas nécessaires pour poser le diagnostic.

■ Quels points communs entre ces troubles ?

D'une façon générale, les patients souffrant d'anorexie mentale présentent des caractéristiques comportementales particulières comme une focalisation sur certains détails qui se voit notamment avec la dysmorphophobie : tendance à avoir des préoccupations corporelles ciblées sur une zone de leur corps. Ces personnes ont également tendance à avoir une rigidité de pensée et de comportement qui sont objectivés avec les tests neuropsychologiques par un manque de flexibilité cognitive. Elles ont besoin de règles strictes, de routines et de rituels.

Or ces caractéristiques sont également fréquemment retrouvées dans les symptômes autistiques.

Dans les TSA, les régimes restrictifs sont fréquents. Ils ne sont pas motivés toujours par une volonté de perdre du poids mais par des particularités sensorielles orientant les choix des personnes vers certaines textures ou couleurs d'aliments.

Les adolescentes ou femmes avec TSA ont souvent un désir de masquer leurs symptômes pour mieux s'intégrer socialement. Une manière qu'elles emploient parfois est de se restreindre volontairement pour perdre du poids dans le but de mieux correspondre aux attentes de leurs pairs.

Il a été également montré que les apparentés des sujets avec anorexie mentale avaient plus souvent un TSA que la population générale ce qui sous entendrait l'existence d'un patrimoine génétique commun.

■ **Sex-ratio des deux troubles**

La répartition des deux troubles varie avec le sexe. L'anorexie mentale est essentiellement présente chez les femmes et le TSA est majoritairement masculin au point qu'il a même été suggéré que l'anorexie pourrait être la forme féminine du TSA.

Cette hypothèse est actuellement écartée mais il est admis que les personnes avec une anorexie avaient plus de risque d'avoir un TSA que la population générale. De plus le TSA est sous diagnostiqué chez les femmes donc il est important de le rechercher lorsqu'un diagnostic d'anorexie est posé.

■ **Quelle est la fréquence de la comorbidité TSA et anorexie mentale ?**

Les deux troubles sont rares (environ 1 % pour le TSA et 0,3 % pour l'anorexie) mais on estime qu'environ 10 à 20 % des personnes avec une anorexie mentale aurait un TSA.

La difficulté dans l'évaluation d'une prévalence fiable résulte notamment dans le fait que la dénutrition secondaire à l'anorexie provoque la survenue de difficultés dans les interactions sociales ou de difficultés dans le traitement des émotions chez des personnes n'ayant pas eu ces problèmes dans l'enfance. Ce qui suggère que l'anorexie a créé de nouveaux symptômes qui peuvent mimer un TSA. Les patients avec anorexie mentale peuvent alors coter à des échelles diagnostiques de TSA alors même qu'elles n'en ont pas le diagnostic car les signes ne sont pas apparus au cours du développement mais à l'âge adulte. L'autre élément qui tend à réduire la prévalence du TSA est le fait que ce trouble reste sous diagnostiqué chez les filles et femmes or ce sont les principales concernées par l'anorexie mentale.