

Faculté de Médecine d'Oran

Département de Médecine

Conférence de 3^{ème} année de pédopsychiatrie

Troubles des conduites alimentaires chez l'adolescent

Pr. S. Mouffok- Dr T.Feghouf

Maitre de conférences « A » en Pédopsychiatrie

Service de Pédopsychiatrie

Etablissement Hospitalier Spécialisé de psychiatrie d'Oran - Sidi Chami

Troubles des conduites alimentaires chez l'adolescent

S.MOUFFOK, Maître de conférences « A », Faculté de médecine d'Oran
Chef de Service de Pédoopsychiatrie, EHS Sidi Chami

1. Généralités :

L'acte de manger chez l'enfant est un acte complexe et répond à plusieurs fonctions :

- **La faim** : manger répond à un besoin instinctuel fondamental. La faim crée un état de tension apaisé par le repas.
- **Le plaisir** : manger procure de surcroît du plaisir; plaisir de sucer, de mordre et de croquer, servant d'exutoire à l'agressivité normale.
- **L'échange et l'attachement** : l'alimentation met en relation deux êtres. Les relations et la communication se font sous diverses formes : regards, paroles, toucher... L'adulte, en faisant don de nourriture à l'enfant, fait don de lui-même, d'amour. L'enfant, en acceptant la nourriture, accepte sa mère (qui, en retour, se sent aimée et reconnue comme bonne mère). Etre nourri, pour un enfant, c'est aussi être aimé.
- **Le dedans et le dehors** : au niveau de la bouche, s'opèrent des échanges entre ce qui est du dehors (de l'autre) et ce qui est dedans (soi). Plusieurs mécanismes psychiques inconscients font intervenir ces notions de dedans et de dehors et de limites du corps...
- **La structuration de la personnalité et la mise en place des relations à l'autre** : le Moi se forme à partir d'éprouvés corporels. L'enfant établit sa relation à l'autre à partir de la relation alimentaire.
- **Significations sociales et culturelles, imaginaires et symboliques.**

2. Anorexie mentale :

Trouble psychopathologique avec conséquences somatiques potentiellement graves.

Ce trouble partage des dimensions psychopathologiques communes avec d'autres troubles du comportement, que l'on regroupe sous l'appellation de conduites d'addiction ou de dépendance (alcoolisme, toxicomanie, tentatives de suicide à répétition...).

2.1. Epidémiologie de l'anorexie :

L'anorexie mentale touche essentiellement les jeunes filles (9 filles pour 1 garçon) avec 2 pics de survenue : 13-14 ans et 18-20 ans, au moment où la question de la dépendance à l'égard de la famille est très importante.

Elle peut survenir avant la puberté.

Sa fréquence serait en légère augmentation dans les populations de race blanche des sociétés occidentales.

Elle touche environ 1 % des adolescentes.

Elle ne concerne plus aussi classiquement les classes sociales élevées et moyennes.

2.2. Description clinique : diagnostic

Triade symptomatique : Anorexie, Amaigrissement, Aménorrhée (les 3A).

► L'**anorexie** : souvent inaugurale elle présente le plus souvent des caractéristiques traduisant sa nature psychologique.

Il s'agit d'une conduite active de restriction alimentaire, souvent justifiée au début par un régime qui deviendra de plus en plus drastique.

La sensation de faim disparaît progressivement et à la perte d'appétit, se substitue une intolérance à l'alimentation.

Cette anorexie s'accompagne d'attitudes particulières face à la nourriture : attrait nouveau pour la cuisine, collection de recettes, calcul des calories, tyrannie pour nourrir les autres, triage d'aliments, grignotage de portions infimes...

► L'**amaigrissement** : progressif et souvent massif lors de la 1ère consultation, il peut atteindre jusqu'à

50 % du poids initial.

L'aspect physique est évocateur : disparition des formes féminines (seins, fesses et hanches effacés), corps anguleux, visage cadavérique avec des joues creuses, des yeux enfoncés dans les orbites, des cheveux secs et ternes...

La méconnaissance voire le déni de la maigreur est constant, à des degrés variables.

Le désir éperdu de minceur et la peur de grossir conduisent à des vérifications incessantes du poids, des mensurations et de la valeur calorique des aliments. Ils confirment le trouble de la perception de l'image du corps.

Parfois, existent des fixations dysmorphophobiques de certaines parties du corps (cuisses, ventre...).

► **L'aménorrhée** : dans 55 % des cas, elle coïncide avec le début de l'anorexie.

Elle précède l'anorexie dans 15 % des cas et la suit dans 30 % des cas, ce qui témoigne du fait qu'elle n'est pas uniquement liée au désordre nutritionnel.

Elle peut être primaire (jeune fille non réglée) ou secondaire (après 3 mois de règles régulières).

Dans l'évolution de l'anorexie mentale, c'est un des derniers symptômes à disparaître (élément de bon pronostic).

Elle peut être masquée par la prise de la pilule.

→ En dehors de toute grossesse, une aménorrhée chez une adolescente doit faire suspecter une anorexie mentale.

Signes cliniques associés à l'anorexie

- Potomanie : propension à boire de grandes quantités d'eau (plusieurs litres/jour). Elle est souvent masquée et doit être recherchée. C'est un signe de gravité.
- Mérycisme : rare et ayant une signification de gravité.
- Douleurs abdominales.
- Vomissements provoqués.
- Prise de laxatifs ou diurétiques, pour contrôler l'évacuation de nourriture. Associés, ces troubles peuvent induire des désordres hydroélectrolytiques graves.
- Hyperactivité motrice (marche, course à pied, sport intensif...) avec méconnaissance de la fatigue.

Signes somatiques de l'anorexie = ceux de la dénutrition :

- Cheveux secs et tombants, ongles striés et cassants, peau sèche, lanugo, hypertrichose, érosions buccales, dents abîmées...
- Hypertrophie de la glande thyroïdienne.
- Troubles cardiovasculaires : pâleur, acrocyanose, froideur des extrémités, hypotension, bradycardie, œdèmes de carence.

- Hypothermie.
- Constipation.
- Fractures liées à l'ostéoporose.

Contexte psychologique de l'anorexie

- Méconnaissance de la maigreur : elle est constante. Les besoins physiologiques du corps sont niés.

S'y associe un déni de la gravité de l'état de santé, d'autant que la maigreur croissante entraîne un sentiment de bien être, de maîtrise et de triomphe.

- Désir éperdu de minceur et peur de grossir : occupent une part croissante de l'activité mentale.

- Isolement relationnel : l'adolescente se replie et s'isole, activement.

- Dépendance relationnelle : les relations avec les parents sont des relations de dépendance.

L'anorexie mentale apparaît comme une tentative de se dégager de cette emprise, de cette relation

de dépendance. L'adolescente anorexique inverse les rôles dans la mesure où c'est la famille qui devient dépendante du bon vouloir de l'adolescente. Cette emprise assure le succès d'un illusoire contrôle de la sphère affective. Les conflits avec les parents sont alors inévitables et contribuent à l'auto renforcement de la conduite.

- Sexualité activement et massivement refoulée, désinvestie : les transformations du corps, liées à la puberté, sont niées (avec effacement des caractères sexuels secondaires).

- Besoin de maîtrise : il s'exprime au niveau du corps; corps maltraité, sans conscience de la mise en

danger. L'anorexique est une perfectionniste de la privation.

- Hyper investissement scolaire : autre expression du besoin de maîtrise, il se caractérise par une appétence de connaissances, une hyperactivité psychique, une peur de l'imaginaire. Les apprentissages sont préférés à la créativité ; l'intellectualisme vise la mise à distance de toute émotion et fait partie des conduites de réassurance et de conformité à un idéal de perfection.

- Faiblesse de l'estime de soi et dépression sont au cœur de la psychopathologie.

- Absence de troubles psychiatriques majeurs, de type psychotique.

Données paracliniques dans l'anorexie

Le diagnostic de l'anorexie mentale est clinique.

Ce diagnostic s'impose habituellement, pour peu que le médecin y pense.

Les examens complémentaires sont pratiqués pour apprécier le retentissement de la dénutrition et assurer le diagnostic différentiel.

Ils retrouvent des troubles, fonctionnels et réversibles :

- Troubles métaboliques : hypoglycémie, hypokaliémie, hyponatrémie, hypoprotidémie, hypercholestérolémie, hyperamylasémie.
- Anémie hypochrome, avec leucopénie et hyperlymphocytose.
- Troubles hormonaux :
 - T3 basse, T4 et TSH normales, réponse normale mais retardée à TRH
 - Hypo- œstrogène, baisse de FSH et LH
 - Cortisolémie augmentée
 - GH souvent augmentée
- Troubles cardiovasculaires : hypotension et bradycardie.
- Absorptiométrie osseuse : diminution de la densité minérale osseuse par ostéoporose.

Signes de gravité de l'anorexie

C'est souvent l'association de plusieurs signes :

- Amaigrissement brutal, rapide et supérieur à 30 % du poids.
- B.M.I. < 13.
- Bradycardie inférieure à 40 / minute avec troubles du rythme cardiaque liés à l'hypokaliémie - Hypotension inférieure à 9 / 5.
- Hypothermie.
- Epuisement dû aux activités physiques et scolaires, allégué par la patiente.
- Ralentissement psychique – troubles de la conscience.
- Troubles biologiques graves.

Séjour en altitude, effort intense, diarrhée et vomissements répétés, infection intercurrente peuvent faire décompenser un état physique précaire, et mettre en jeu le pronostic vital.

2.3. Diagnostic différentiel de l'anorexie

Avec les affections organiques :

- Certaines tumeurs cérébrales telles les tumeurs du tronc cérébral (scanner et IRM).
- Certains cancers telles les leucémies (NFS).
- Maladies du tractus digestif, telle la maladie de Crohn (NFS, VS, endoscopie), et l'achalasie de l'œsophage (transit œsophagien baryté, endoscopie).
- Hyperthyroïdie (TSH, T3, T4).
- Pan hypopituitarisme, maladie d'Addison.

Avec les affections psychiatriques :

- Psychose (avec délire d'empoisonnement...).
- Phobies alimentaires.
- Dépression majeure.

2.4. Formes cliniques d'anorexie

Anorexie- Boulimie

Cette forme mixte concerne 50 % des anorexies et donne à penser que la conduite anorexique est

une lutte constante contre la faim et l'impulsion boulimique.

Dans cette forme, la boulimie est alors fréquemment dissimulée.

Anorexie mentale du garçon

Rare (10 %), elle serait en augmentation, particulièrement dans le cas de formes mixtes.

Des troubles de l'identité sexuelle sont souvent associés.

Anorexie pré pubère

= 8-10 % des cas.

La perte de poids est souvent rapide ; elle s'accompagne d'un retard de croissance.

Fréquents antécédents de troubles des conduites alimentaires dans l'enfance et de troubles dépressifs.

Reflète souvent un trouble massif du développement.

Son pronostic est plus grave.

Anorexie subclinique

Près de 10 % des jeunes filles brillantes de classes sociales élevées dans les pays occidentaux présentent une anorexie fruste, autour de 18 ans, qui, en principe, disparaît spontanément au bout d'un an.

2.5. Facteurs étiopathogéniques d'anorexie

Facteurs psychologiques

- Personnalité prémorbide : il n'est généralement pas retrouvé de difficultés particulières dans la petite enfance (notamment alimentaires). L'enfance est le plus souvent sans histoire, aconflictuelle.

Le souci principal est de correspondre aux attentes de la mère (souci marqué de conformisme).

- Facteurs familiaux : sont souvent retrouvés une difficulté d'autonomie des individus, un enchevêtrement des liens et un empiètement des générations.

La crainte des conflits est fréquente ; tout est fait pour les éviter.

Rôle de l'adolescence

Les modifications physiologiques/pubertaires, les métamorphoses corporelles et les processus psychiques de l'adolescence jouent un rôle dans l'apparition de l'anorexie.

L'angoisse de la sexualité, la réactivation des problématiques oedipiennes et des conflits d'identification déstabilisent l'adolescente. Les défenses psychiques s'exacerbent, se rigidifient.

Facteurs culturels

Existe-t-il un idéal de civilisation, prônant l'affirmation de soi au travers d'un corps modelé, maîtrisé et contrôlé, pour en faire un instrument de puissance et de conquête, davantage que de plaisir ?

Y a-t-il un impact du modèle de la femme mince sur des adolescentes au narcissisme défaillant ?

La valorisation des performances scolaires et sportives ne vient-elle pas supplanter les échanges affectifs ?

L'évolution du rituel du repas familial et du rapport à la nourriture est-il en jeu ?

Autant de questions suggérant une participation culturelle à l'avènement de l'anorexie dans nos sociétés occidentales.

L'impact de ces facteurs culturels entre en résonance avec les autres facteurs, personnels et familiaux.

Rôle de la dénutrition

Il ne s'agit pas d'un facteur étiologique, mais son impact est important.

La dénutrition modifie certaines perceptions, accentuant le comportement anorexique et un cercle vicieux peut s'installer. De plus, la dénutrition est un facteur dépressogène.

Enfin, certains neuromédiateurs seraient impliqués dans les troubles des conduites alimentaires (sérotonine, endorphines cérébrales...).

2.6. Psychopathologie de l'anorexie

Psychopathologie individuelle

La pathologie de la personnalité : la problématique de l'identité est au coeur de l'anorexie. En effet, la fragilité identitaire se révèle à l'adolescence par des conduites pathologiques, adoptées en réponse au traumatisme pubertaire (qui intervient comme un réveil, un catalyseur).

En corollaire, se majore le conflit dépendance-autonomie, central dans la problématique de l'adolescente anorexique.

Paradoxes et contradictions caractérisent la personnalité de ces jeunes filles, exprimant leur volonté d'indépendance et simultanément s'installant dans des régressions.

Les exigences de l'anorexique sont des réponses : aux angoisses de ne pas se contrôler, à l'horreur

de ne pas maîtriser son corps, à l'insupportable de la sexualité, à la peur des appétits... exigences focalisées sur le corps.

Psychopathologie familiale

Il n'existe pas de structure familiale particulière et stéréotypée.

Certaines caractéristiques sont cependant décrites, pour lesquelles il est difficile de faire la part entre les facteurs favorisant l'anorexie et ceux qui sont les conséquences.

2.7. Evolution et pronostic de l'anorexie

La gravité potentielle de l'anorexie mentale doit toujours être prise au sérieux.

Le pronostic lointain est souvent réservé.

La durée d'évolution varie de plusieurs mois à toute une vie (rarement <18 mois).

La mort survient dans près de 10% des cas (dénutrition et ses complications, suicide...).

Ce risque devient plus important avec le temps.

Les rechutes sont fréquentes : autour de 50%.

Le poids et les conduites alimentaires sont normalisés à 5 ans dans 75-80% des cas.

Ce qui signifie 15 à 20 % de cas de chronicité (mauvais pronostic).

Règles : spontanées et régulières dans 50-60% des cas (facteur de bon pronostic).

Etat psychologique. Il est jugé satisfaisant dans 50% des cas.

Le déni des troubles à 4 ans est un facteur de mauvais pronostic.

La guérison est un processus qui ne peut s'apprécier qu'après un délai de 4 ans :

- 50-60% des cas si l'on considère la triade symptomatique,
- 30-40% des cas si l'on fait intervenir d'autres symptômes, psychiatriques et de qualité de vie sociale et affective.

2.8. Principes de traitement de l'anorexie

Le traitement vise à rompre le cercle vicieux de dépendance, la disparition de la conduite symptomatique et un remaniement de la personnalité et des rapports familiaux permettant la prise d'autonomie psychique de la patiente.

Il n'existe pas de solution thérapeutique univoque et immédiate. Le soin ne se conçoit que dans la durée.

C'est le type même du trouble qui nécessite un abord global intégré, somatique et psychologique.

L'adhésion aux soins par la patiente et sa famille est parfois longue à obtenir en raison du déni des troubles.

Si parfois, on ne peut éviter la prise en charge en urgence, il sera toujours préférable de rechercher l'alliance thérapeutique et l'élaboration d'un cadre de soin le mieux adapté à chaque cas.

L'hospitalisation temps plein n'est indiquée que lorsque l'anorexique est en danger vital ou lorsque, malgré un suivi et des consultations psychiatriques, elle ne reprend pas voire continue à perdre du poids, dangereusement.

Les objectifs du traitement sont triples:

- Traiter le symptôme majeur : le trouble de la conduite alimentaire.
- Traiter la personnalité.
- Traiter les dysfonctionnements familiaux.

Le contrat de poids

Contrat par lequel la patiente, ses parents et le médecin s'engagent à une reprise régulière du poids par les moyens les plus naturels possibles.

C'est une médiation très utile, qui permet de mobiliser les positions de la patiente et de son entourage.

S'il ne peut être tenu en ambulatoire, la patiente est hospitalisée.

L'hospitalisation

► Le contrat d'hospitalisation porte principalement sur le poids et les relations avec l'entourage.

Il est négocié avec l'adolescente, sa famille et les soignants avant l'hospitalisation.

L'hospitalisation a lieu soit en milieu médical (pédiatrique, clinique de l'adolescent...), voire en réanimation, soit au sein d'unités psychiatriques spécialisées.

Le contrat d'hospitalisation constitue donc un cadre de soins :

- permettant une observation clinique de l'adolescente et de ses modalités relationnelles en dehors de son contexte affectif habituel ;
- représentant une médiation, une limite qui s'interpose entre la patiente et les autres ;
- témoignant, par sa permanence, de la fiabilité des soignants ;
- créant un espace propre à la patiente, condition de son autonomie et du respect de son individualité (favorise les processus d'individuation) ;
- permettant l'expression d'attaques violentes dont les effets destructeurs potentiels sont démentis par sa permanence ;
- permettant de ne pas occuper les entretiens psychologiques par des négociations sans fin autour du poids.

Contre partie de l'intangibilité du contrat : offrir à la patiente la possibilité de nouer des relations vivantes et personnalisées et d'éviter de la laisser dans une solitude mortifère.

► La séparation thérapeutique : expliquée dans la mise en place du contrat.

Elle est surtout importante avec les membres de la famille.

Cela n'empêche pas les multiples rencontres au sein du service d'hospitalisation et autres lieux de soins.

Sa levée est progressive selon les termes du contrat établi au départ en fonction de la reprise de poids (spontanée) et de l'amélioration (qualité et souplesse) des relations.

Ainsi, après une phase d'hospitalisation complète, des hospitalisations de jour ou de semaine peuvent être envisagées progressivement.

► La réalimentation : peut être une nécessité et une urgence (nutrition par sonde gastrique ou voie parentérale) en milieu médical.

Peut aussi être progressive, orale, par palier, chaque fois que possible.

Conseils et suivi nutritionnel dans un 2ème temps.

► La thérapie institutionnelle : un principe fondamental du soin hospitalier est la diversité des intervenants et des approches.

L'hospitalisation ne doit pas renforcer les défenses de la patiente mais au contraire être utilisée pour faire évoluer sa personnalité et l'ouvrir à des modalités relationnelles nouvelles.

C'est la vie de l'institution, les échanges entre individus occupant des statuts différents (thérapie

plurifocale), les règles explicites et implicites, les activités, qui sont utilisées à des fins thérapeutiques.

La prise en charge d'une anorexique est difficile et provoque des conflits au sein de l'équipe soignante.

Le travail avec l'équipe soignante est donc très important, les supervisions de l'équipe, régulières.

► Mesures thérapeutiques diversifiées :

Thérapies corporelles : relaxation, massages, bains...

Groupes de paroles d'anorexiques...

Médications psychotropes

Aucun psychotrope n'a d'efficacité directe sur les troubles des conduites alimentaires. Utilisés uniquement comme traitement d'appoint : anxiolytiques et neuroleptiques sédatifs en cas de débordements anxieux, antidépresseurs sérotoninergiques en cas de troubles dépressifs associés.

Psychothérapies

Les psychothérapies sont les moyens d'action privilégiés dans ce domaine. Leurs modalités sont fonction de la formation du thérapeute, mais dépendent également de la personnalité des patientes et de leurs options personnelles.

Ainsi, plusieurs modalités psychothérapeutiques existent, adaptées à chaque situation et à chaque adolescente :

- Psychothérapie de soutien.
- Psychothérapie psychanalytique.
- Psychodrame.
- Thérapie cognitivo-comportementale.

Place des familles

Le travail psychothérapeutique avec la famille est très important.

Outre le fait de favoriser l'alliance thérapeutique, il aide à dépasser les inévitables sentiments de culpabilité, à supporter la séparation et l'autonomisation plus ou moins conflictuelles de leur fille, à réfléchir sur le fonctionnement familial.

Des thérapies familiales sont parfois mises en place, dans un 2ème temps.

Les groupes de parole entre parents d'anorexiques ont montré leurs intérêts.

2.9. Conclusion

L'anorexie mentale est un trouble grave qui peut mettre en jeu le pronostic vital. Ce trouble est d'autant plus dangereux qu'il n'est pas reconnu par la patiente et qu'il est minimisé par la famille et même parfois par les thérapeutes.

C'est le type même de trouble qui nécessite un abord global intégré, somatique et psychologique..

3. Boulimie :

Entité pathologique qui n'est réellement reconnue que depuis les années 70.

Il s'agit d'un trouble psychopathologique à incidence somatique et non d'une maladie somatique.

Définition : consommation exagérée d'aliments, avec perte du contrôle des prises, rapidement, sans rapport avec la sensation de faim.

3.1. Epidémiologie de la boulimie

Fréquente dans les pays les plus développés.

Prévalence de l'ordre de 1,5 % de la population féminine.

Prépondérance féminine : 3-4 filles pour 1 garçon.

Début électif des troubles autour de 18-20 ans, à un moment de dépendance importante à l'égard des parents.

3.2. Description clinique : diagnostic de la boulimie

Forme clinique typique :

= forme compulsive normo-pondérale, évoluant par accès (1 à 2 par semaine à plusieurs par jour) avec vomissements auto-provoqués.

Lors de la crise, il y a ingestion massive, impulsive, irrésistible avec perte de contrôle, d'une grande quantité de nourriture, richement calorique.

- Ingestion rapide sans discontinuité, sans goût, en dehors des repas,
- souvent à des moments de solitude, en cachette,
- arrêtée par des vomissements auto-provoqués,
- avec sentiments de honte ou de dégoût de soi à la fin de la crise, culpabilité.

Il existe différentes stratégies de contrôle du poids, motivées par la peur de grossir et des distorsions perceptives de l'image du corps (moindres que dans l'anorexie mentale) :

- prises de médicaments : diurétiques, laxatifs, anorexigènes...
- hyperactivité, période de jeûne.

Caractéristiques psychiques :

- Peur de grossir.
- Préoccupations autour du poids et de l'image corporelle.
- Préoccupations autour de la nourriture.
- Investissement perturbé de la sexualité
- Dépendance exagérée aux parents et notamment à la mère.
- Volonté d'indépendance dans certains domaines de la vie quotidienne.

Manifestations pathologiques fréquemment associées :

- Anxiété.
- Dépression.
- Passages à l'acte (tentatives de suicide, agressivité...)
- Kleptomanie ++ (bijoux, nourriture, etc.)

Le diagnostic est souvent fait tardivement.

3.3. Diagnostic différentiel

Le diagnostic est avant tout positif et souvent évident (lorsqu'il est démasqué ou avoué). Aucune autre maladie ne prête à confusion et il est inutile de multiplier les examens complémentaires.

A différencier :

- Des fringales, grignotages et hyperphagies prandiales.
- Des hyperphagies dans le cadre d'un diabète, d'un syndrome de Klüver Bucy1, d'épisodes maniaques.

3.4. Formes cliniques de boulimie

- Boulimie normo-pondérale : 70 % des cas.
- Boulimie avec obésité : 30 % lors de l'évolution.
- Formes mixtes d'anorexie boulimie : dans 50 % des cas d'anorexie mentale, une période de boulimie existe, d'emblée ou au cours de l'évolution.
- Formes masculines : plus sévères, avec troubles de l'identité sexuée souvent associés.
- Formes graves à type d'état de mal boulimique (exceptionnel).

3.5. Déterminisme et psychopathologie de la boulimie

La boulimie s'inscrit dans l'ensemble des troubles du registre des addictions.

La compréhension de la psychopathologie sous-jacente (problématique de dépendance et d'autonomie psychique) permet de reconnaître, au-delà des aspects symptomatiques manifestes, la réalité psychique de la patiente.

3.6. Evolution et pronostic de la boulimie

L'évolution est généralement longue, fluctuante, avec de nombreux épisodes de boulimie qui ponctuent des périodes variables de rémission.

Lorsque la chronicité s'installe, la **morbidité psychosociale** est importante :

- Fréquence des tentatives de suicide, des automutilations.
- Dépressions récurrentes, avec dévalorisation, culpabilité, désespoir...
- Troubles du sommeil.
- Fréquence des co-addictions : psychotropes, drogues, alcool...
- Abus de laxatifs...

Des **complications somatiques** sont parfois sévères :

- Hypertrophie des parotides et des sous-maxillaires.
- Altérations des muqueuses bucco-pharyngées et digestives, troubles dentaires.
- Troubles métaboliques et hydro électrolytiques: dyskaliémies avec risque cardiaque...
- Troubles du cycle menstruel.

Le pronostic dépend étroitement du trouble psychopathologique sous-jacent à la conduite alimentaire.

Le déni fréquent des troubles nécessite un temps d'approche parfois long pour éveiller la conscience d'une souffrance et permettre l'alliance thérapeutique.

3.7. Principes de traitement de la boulimie

► Chimiothérapie : les antidépresseurs sérotoninergiques ont montré une certaine efficacité, même en l'absence de troubles thymiques...

Cette efficacité porte principalement sur l'intensité et le nombre de crises de boulimie.

- ▶ Psychothérapie psychanalytique : elle permet une approche de l'ensemble de la personnalité.
- ▶ Thérapies cognitivo-comportementales : elles permettent à la patiente de trouver les moyens de mieux contrôler les crises.
- ▶ Thérapies de groupe et psychodrames : peuvent apporter un soulagement.
- ▶ Travail familial : souvent important.
- ▶ Hospitalisation : rarement nécessaire (sauf état de mal boulimique, dépression grave, complications somatiques...).

3.8. Conclusion :

La boulimie est une maladie psychopathologique à incidence somatique, à évolution longue et épisodique et qui dans sa chronicité entraîne un handicap psychosocial avec complications somatiques parfois graves, la prise en charge est multiaxiale avec des antidépresseurs qui ont prouvé leur efficacité sur l'intensité et les fréquences des crises. Les thérapies cognitivo comportementales, familiale et thérapies de groupe sont indispensables.

Références bibliographiques :

Cros, G., Sznajder, M., Meuric, S., Mignot, C., Chevallier, B., Stheneur, C., 2010. Dénutrition rapide chez des patients anorexiques: expérience d'un service de pédiatrie générale. Arch. Pédiatre. 17 (2), 112–117