

Troubles des conduites alimentaires chez l'adolescent et l'adulte (voir item 253) IC-71

- Connaître la définition et l'étiopathogénie des troubles des conduites alimentaires (TCA)
- Connaître la psychopathologie des TCA
- Connaître les données épidémiologiques
- Connaître la démarche diagnostique
- Connaître les éléments cliniques associés
- Connaître les diagnostics différentiels
- Connaître les diagnostics associés
- Connaître l'évolution spontanée et sous traitement
- Connaître le bilan clinique et paraclinique
- Connaître les grands principes de la prise en charge
- Connaître les indications de l'hospitalisation
- Connaître les principes de la psychothérapie
- Connaître les principes de la pharmacothérapie
- Connaître les principes de la nutrition
- Connaître les données épidémiologiques
- Connaître la démarche diagnostique
- Connaître les éléments cliniques associés
- Connaître les diagnostics différentiels
- Connaître les diagnostics associés
- Connaître l'évolution spontanée et sous traitement
- Connaître le bilan clinique et paraclinique
- Connaître les grands principes de la prise en charge
- Connaître les indications de l'hospitalisation
- Connaître les principes de la psychothérapie
- Connaître les principes de la pharmacothérapie
- Connaître les principes de la nutrition
- Connaître les données épidémiologiques
- Connaître la démarche diagnostique
- Connaître les éléments cliniques associés
- Connaître les diagnostics différentiels
- Connaître les diagnostics associés
- Connaître les grands principes de la prise en charge
- Connaître la définition de la pica
- Connaître la définition du mérycisme

Connaître la définition et l'étiopathogénie des troubles des conduites alimentaires (TCA) OIC-071-01-A

Les **troubles des conduites alimentaires** (TCA) sont définis par l'existence de perturbations **significatives** et **durables** de la prise alimentaire.

La notion de seuil significatif, pour parler de comportement pathologique, s'établit en tenant compte du contexte culturel, de l'intensité des perturbations, de leurs conséquences sur le plan médical général, de la souffrance psychique et des conséquences sociales.

L'étiopathogénie des TCA est encore mal connue : ils sont **d'origine multifactorielle** et en lien avec

- des **facteurs de vulnérabilité** : terrain génétique et/ou anomalies biologiques préexistantes
- des **facteurs déclenchants** : régimes alimentaires stricts, événements de vie majeurs, puberté et œstrogènes
- des **facteurs d'entretien** : déséquilibres biologiques induits par le trouble, bénéfices relationnels vis-à-vis de l'environnement, bénéfices » psychologiques

Connaître la psychopathologie des TCA OIC-071-02-B

Les modifications des comportements alimentaires seraient initialement des mécanismes adaptatifs à des situations de stress psychique.

Ces mécanismes, initialement bénéfiques, sont rapidement débordés et aboutissent à la mise en place d'un comportement contraignant ayant des effets délétères.

In fine, ces comportements deviennent durables et aboutissent à de véritables maladies qui peuvent aller jusqu'au décès du patient.

Connaître les données épidémiologiques OIC-071-03-B

Les troubles des conduites alimentaires

- Prévalence sur la vie entière : 3-5% en population adulte.
- Sex ratio : 1 homme pour 2 femmes
- Concerne 30 à 50% des sujets obèses

L'anorexie mentale

- Prévalence vie entière 1,4 % chez les femmes et à 0,2 % chez les hommes
- Sex-ratio : 1 homme pour 8 femmes.
- L'anorexie mentale commence dans la majorité des cas entre 15 et 25 ans Mais il existe des formes à début précoce à partir de l'âge de 6-7 ans.
- Maladie psychiatrique qui a le **taux de mortalité le plus élevé** (environ 5 % de mortalité 10 ans après le début de la maladie), Avec le taux de suicide associé le plus important de toutes les maladies psychiatriques

Connaître la démarche diagnostique OIC-071-04-A

Diagnostic de l'Anorexie Mentale (critères du DSM-5)

- **Restriction des apports énergétiques par rapport aux besoins** conduisant à un poids significativement bas.
- **Peur intense de prendre du poids** et de devenir gros, malgré une insuffisance pondérale.
- **Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps** (dysmorphophobie), faible estime de soi, ou manque de reconnaissance persistant de la gravité de la maigreur actuelle.
- Il existe deux types d'Anorexie Mentale
 - **Type Restrictif** : au cours des 3 derniers mois, la perte de poids est essentiellement obtenue par le régime, le jeûne et/ou l'exercice physique excessif.
 - **Type Accès Hyperphagiques / Purgatif** : au cours des 3 derniers mois, présence de crises d'hyperphagie récurrentes et/ou vomissements provoqués ou comportements purgatifs.

Connaître les éléments cliniques associés OIC-071-05-A

Début

- Surtout chez les adolescentes
- Au moment de l'apparition des transformations corporelles de la puberté
- Mode d'entrée fréquent sous la forme d'un régime restrictif
- Groupes à risques (sportifs, mannequins, danseurs...)

Perte de poids

- Plus ou moins rapide
- Banalisée par la patiente
- Sentiment de toute puissance
- Effacement des aspects sexuels du corps
- Hypotension, bradycardie, hypothermie

Restrictions

- Quantitatives(calories)
- Qualitatives (aliments gras et sucrés)

Autres stratégies de contrôle de poids

- Vomissements provoqués (hypokaliémie => TDR cardiaque)
- Prises de laxatifs
- Prises de diurétiques, coupe-faim, hormones thyroïdiennes ou dérivés amphétaminiques.
- Potomanie (hyponatrémie => convulsions et coma)
- Hyperactivité physique, exposition accrue au froid

Distorsions cognitives

- Absence de conscience du trouble
- Perturbation de l'image du corps
- Préoccupations excessives autour du poids et de l'alimentation

- Croyances erronées sur la nutrition
- Evitement alimentaire
- Anomalies neuropsychologiques (fonctions exécutives)

Aménorrhée

- Primaire ou secondaire
- Due à un panhypopituitarisme d'origine hypothalamique
- Sa présence est un facteur de gravité

Traits associés

- Traits obsessionnels fréquents (perfectionnisme, ascétisme, perte de flexibilité, recherche de contrôle).
- Surinvestissement intellectuel
- Altération de la sexualité

Retentissement somatique

- Ostéoporose
- Amyotrophie
- Œdèmes
- Troubles hydroélectrolytiques : hyponatrémie, hypokaliémie, hypocalcémie.
- Insuffisance rénale fonctionnelle
- Hypoglycémie
- Anémie carentielle
- Thrombopénie, leucopénie et lymphopénie
- Atteintes cardiovasculaires
- Troubles digestifs

Connaître les diagnostics différentiels OIC-071-06-A

Diagnostics différentiels somatiques :

- Maladies endocriniennes (diabète insulino-dépendant, hyperthyroïdie, panhypopituitarisme, maladie d'Addison)
- Maladies du tractus digestif (maladie de Crohn, achalasie de l'œsophage)
- Certaines tumeurs cérébrales (tumeur du tronc cérébral, craniopharyngiome).
- Certaines hémopathies (leucémie).

Diagnostics différentiels psychiatriques :

- Autres TCA (troubles de restriction ou d'évitement de l'ingestion des aliments).
- Épisodes dépressifs caractérisés.
- Trouble obsessionnel compulsif.
- Schizophrénie.

Connaître les diagnostics associés OIC-071-07-A

Diagnostics associés (= comorbidités)

Comorbidités Somatiques :

- Ostéoporose
- Amyotrophie
- Œdèmes
- Troubles hydroélectrolytiques : hyponatrémie, hypokaliémie, hypocalcémie.
- Insuffisance rénale fonctionnelle.
- Hypoglycémie, avec malaise et perte de connaissance.
- Anémie carentielle (Fer, B9, B12...).
- Thrombopénie, leucopénie et lymphopénie (avec risque d'infection plus important).
- Troubles cardiovasculaires : troubles du rythme, bradycardie, hypotension.
- Troubles digestifs avec brûlures œsophagiennes, retard à la vidange gastrique
- Troubles ORL et dentaires : hypertrophie des glandes salivaires, érosions dentaires

Comorbidités Psychiatriques et Addictives : fréquentes

- Episode dépressif caractérisé
- Troubles anxieux

- Trouble de la personnalité borderline
- Troubles de l'usage de substance psychoactives

Connaître l'évolution spontanée et sous traitement OIC-071-08-A

Evolution spontanée

- La **mortalité** (par suicide ou liée aux complications médicales), est **la plus élevée** des troubles mentaux.
- L'évolution se fait souvent vers la **chronicité** (on parle d'anorexie mentale chronique au bout de 5 ans d'évolution) ou l'**enkystement** du trouble.

Evolution sous traitement

- L'évolution se fait pour **la moitié environ vers la rémission complète**
- **30 % vers la rémission partielle**
- Et entre **20 et 30 % vers une forme chronique ou le décès**.
- Les **rechutes** sont **fréquentes** (30-50 % de rechutes dans l'année qui suit une hospitalisation).
- Le début chez un **enfant prépubère** ou à l'**âge adulte** est de **mauvais pronostic**.

Connaître le bilan clinique et paraclinique OIC-071-09-B

Anamnesticque	<ul style="list-style-type: none"> • Antécédents médicaux et psychiatriques • Histoire pondérale • Restriction et autres comportements associés. • Comorbidités. • Évaluation de l'environnement social et familial.
Clinique	<ul style="list-style-type: none"> • Poids, taille, IMC (courbe de croissance pour les enfants et adolescents) • Evaluation du stade pubertaire chez l'adolescent • Recherche d'une aménorrhée (filles) ou d'une dysfonction érectile (garçons) chez les pubères. • Fréquence cardiaque, tension artérielle, température • Electrocardiogramme • Signes de déshydratation • État cutané et des phanères, œdèmes, lanugo, acrosyndrome. • Examen général • Examen clinique psychiatrique
Biologique	<ul style="list-style-type: none"> • NFS, plaquette, ionogramme complet, urée, créatinine, clairance de la créatinine. • Calcémie, phosphorémie, 25OH-D3. • Bilan hépatique : ALAT, ASAT, PAL et TP. • Albumine, préalbumine • CRP • TSH
Paraclinique	<ul style="list-style-type: none"> • Ostéodensitométrie osseuse (dès 6 mois d'aménorrhée, à renouveler tous les deux ans)

Connaître les grands principes de la prise en charge OIC-071-10-A

Grands principes et objectifs de la prise en charge

- **Prise en charge :**
 - La plus précoce possible, afin de prévenir la chronicité et les complications.
 - Pluridisciplinaire, coordonnée, sans rupture et prolongée.
 - Initialement en ambulatoire, sauf en cas d'urgence.
- **Objectifs :**
 - Visent le poids, l'état nutritionnel et l'état psychique
 - Doivent être personnalisés, concertés, contractualisés, en y associant la famille.

Connaître les indications de l'hospitalisation OIC-071-11-B

Anamnestiques	<ul style="list-style-type: none"> • Perte de poids rapide ≥ 20 % en 3 mois chez l'adulte ou plus de 2 kg/semaine chez l'adolescent. • Malaises • Vomissements incoercibles.
---------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> ● Echec de la renutrition ambulatoire. ● Restriction extrême (refus de manger et/ou boire).
Cliniques	<ul style="list-style-type: none"> ● Idéations obsédantes intrusives et permanentes. ● Incapacité à contrôler les comportements compensatoires. ● Nécessité d'une assistance nutritionnelle (sonde nasogastrique). ● Amyotrophie importante avec hypotonie axiale. ● Déshydratation, hypothermie, hypotension artérielle ou bradycardie. ● Anomalies de l'ECG.
Paracliniques	<ul style="list-style-type: none"> ● Hypoglycémie. ● ASAT ou ALAT > 10 N. ● Troubles hydroélectrolytiques ou métaboliques sévères. ● Insuffisance rénale. ● Leucopénie ou neutropénie.
Risque suicidaire	<ul style="list-style-type: none"> ● Tentative de suicide ou projet suicidaire précis. ● Automutilations répétées.
Comorbidités	<p>Peuvent à elles seules justifier l'hospitalisation si sévères :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Episode dépressif caractérisé ; ● Abus de substances ; ● Anxiété sévère ; ● Symptômes psychotiques ; ● Troubles obsessionnels compulsifs.
Motivation, coopération	<ul style="list-style-type: none"> ● Echec de la prise en charge ambulatoire. ● Patient peu coopérant vis-à-vis des soins ambulatoires.
Critères environnementaux et sociaux	
Disponibilité de l'entourage	<ul style="list-style-type: none"> ● Problèmes familiaux ou absence de famille. ● Epuisement de l'entourage.
Stress Environnemental	<ul style="list-style-type: none"> ● Critiques environnementales élevées. ● Isolement social sévère.
Disponibilité Des soins	<ul style="list-style-type: none"> ● Pas de traitement ambulatoire possible (manque de structures...).

Connaître les principes de la psychothérapie OIC-071-12-B

Aspect psychothérapeutique de la prise en charge

- **Objectifs :**
 - Favoriser l'adhésion aux soins et l'alliance thérapeutique.
 - Corriger les distorsions cognitives et les attitudes dysfonctionnelles.
 - Renforcer l'estime de soi, la confiance en soi et l'affirmation de soi.
 - Améliorer les relations interpersonnelles.
 - Traiter les éventuelles comorbidités psychiatriques.
- **Principes :**
 - Adaptée à l'état médical général, aux capacités et aux souhaits du patient.
 - Prolongée **au moins 1 an** après une amélioration clinique significative.
- **Types :**
 - Seules ou en association
 - Thérapie familiale (++) chez l'enfant et l'adolescent).
 - Thérapie cognitivo-comportementale.
 - Autres (entretiens motivationnels, psychothérapie de soutien, thérapies d'inspiration psychanalytique, approches à médiation corporelle).

Connaître les principes de la pharmacothérapie OIC-071-13-B

Prise en charge pharmacologique

- **Aucun** médicament n'a d'AMM dans l'indication anorexie mentale
- La prescription de psychotropes, en cas de comorbidités, doit être **prudente** (risque d'allongement du QT, de survenue d'une dépendance médicamenteuse).

Connaître les principes de la nutrition OIC-071-14-B

- **Renutrition :**
 - Restauration d'un poids de forme.
 - Doit être prudente et progressive afin d'éviter un **syndrome de renutrition inapproprié (SRI)**
 - cytolysse hépatique,
 - rétention hydrosodée et état hyperosmolaire,
 - troubles de l'hémostase,
 - hypophosphorémie,
 - hypokaliémie,
 - hypomagnésémie,
 - dysglycémie,
 - carences vitaminiques,
 - insuffisance cardiaque avec risque de trouble du rythme cardiaque
 - **Rééducation :**
 - Normalisation du comportement et des apports alimentaires.
-

Connaître les données épidémiologiques OIC-071-15-B

Boulimie

- La prévalence sur la vie de la boulimie est estimée à 1,9 % chez les femmes et à 0,6 % chez les hommes.
 - Prévalence sur la vie entière : 1% en population adulte.
 - Sex ratio : 1H / 3F
-

Connaître la démarche diagnostique OIC-071-16-A

Sémiologie de la boulimie (critères DSM-5)

- Survenue d'**épisodes récurrents d'hyperphagie incontrôlée**. C'est-à-dire :
 - Absorptions alimentaires largement supérieures à la moyenne et en peu de temps ;
 - Associées à une **impression de perdre le contrôle** des quantités ingérées ou de la possibilité de s'arrêter.
 - Mise en œuvre de **comportements compensatoires** visant à éviter la prise de poids
 - Vomissements provoqués,
 - Prises de laxatifs ou de diurétiques,
 - Jeûnes,
 - Exercice excessif
 - Avec une **fréquence moyenne d'au moins 1 fois par semaine** durant au moins 3 mois.
 - L'**estime de soi est perturbée** de manière excessive par la forme du corps et le poids.
 - Le trouble ne survient pas exclusivement au cours d'une période d'anorexie mentale
-

Connaître les éléments cliniques associés OIC-071-17-A

Début

- Souvent dans les suites d'un régime restrictif et/ou à la suite de vomissements.
- Ou secondairement à un traumatisme ou une perte.

Dysménorrhée

- Dysménorrhée secondaire même si patiente normopondérée

Traits associés

- Symptômes anxio-dépressifs, voire trouble anxieux généralisé ou un épisode dépressif caractérisé.
- Tentatives de suicide fréquentes.
- Possible association avec des troubles addictifs
- Impulsions (automutilations, kleptomanie...).
- Trouble de la personnalité de type borderline.
- Forte impulsivité
- Dysfonction sexuelle.

Retentissement

- Syndrome pseudo-occlusif.
- Hypertrophie des glandes salivaires, érosions dentaires, œsophagites peptiques et syndrome de Malory Weiss.
- Prise de poids (voire exceptionnellement obésité)
- Mauvais états nutritionnels, voire dénutrition
- Ostéoporose
- Ingestion de corps étrangers au cours des vomissements provoqués.
- Troubles hydroélectrolytiques (hyponatrémie, hypokaliémie, hypocalcémie).
- Insuffisance rénale fonctionnelle et œdème

Connaître les diagnostics différentiels OIC-071-18-A

Diagnostics différentiels somatiques :

- Certaines tumeurs cérébrales et formes d'épilepsies.
- Syndrome de Kleine-Levin (associant hypersomnie périodique et hyperphagie).

Diagnostics différentiels psychiatriques :

- Hyperphagie boulimique.
- Anorexie mentale de type accès hyperphagiques/purgatif.
- Épisode dépressif caractérisé.
- Trouble de la personnalité de type borderline.

Connaître les diagnostics associés OIC-071-19-A

Comorbidités Somatiques :

- Troubles hydroélectrolytiques (hyponatrémie, hypokaliémie, hypocalcémie).
- Insuffisance rénale fonctionnelle et œdème, surtout associés aux vomissements.
- Hypertrophie des glandes salivaires, érosions dentaires, œsophagites peptiques et syndrome de Malory Weiss.
- Prise de poids (voire exceptionnellement obésité).
- Mauvais états nutritionnels, voire dénutrition.
- Ostéoporose, notamment si aménorrhée.
- Syndrome pseudo-occlusif.

Comorbidités Psychiatriques et addictives : elles sont fréquentes :

- Troubles de l'usage de substances,
- Episode dépressif caractérisé et trouble bipolaire,
- Trouble de la personnalité borderline,
- Troubles anxieux.

Connaître l'évolution spontanée et sous traitement OIC-071-20-A

- Evolution plus rapidement résolutive que l'anorexie mentale.
- Mortalité : 2 % par tranche de 10 ans d'évolution.

Connaître le bilan clinique et paraclinique OIC-071-21-A

Anamnestique

- Antécédents médicaux.
- Histoire pondérale, fréquence et intensité des fluctuations.
- Évaluation quantitative et qualitative des crises (carnet alimentaire).
- Recherche des comportements compensatoires associés.
- Comorbidités à rechercher.
- Évaluation de l'environnement social et familial.

Clinique

- Poids, taille, IMC, courbe de croissance (P, T, IMC) pour enfant et adolescent.

- Évaluation du stade pubertaire de Tanner chez l'adolescent.
- Fréquence cardiaque, tension artérielle, température.
- Signes de déshydratation.
- État cutané : cicatrices d'auto-mutilations, oedèmes...
- Recherche d'une hypertrophie parotidienne, d'érosions dentaires...
- État thymique, risque suicidaire, comorbidités avec les troubles addictifs...

Biologique

- NFS, Plaquette, TP, TCA.
- Ionogramme complet, urée, créatinine, clairance de la créatinine.
- Calcémie, phosphorémie, 25OH-D3.
- Bilan hépatique : ALAT, ASAT, PAL et TP.
- Protidémie, albumine, préalbumine.
- CRP.
- TSH, à discuter si doute sur une hyperthyroïdie.
- Recherche de dans le sang ou les urines au moindre doute.

Paraclinique

- Ostéodensitométrie osseuse.
- Imagerie cérébrale à discuter (pour éliminer un diagnostic différentiel).

Connaître les grands principes de la prise en charge OIC-071-22-A

- Le dépistage et la prise en charge précoces de la boulimie sont difficiles car le trouble est souvent caché (sentiment de honte) avec un retard diagnostique important.
- Le motif de consultation peut donc être autre : dysménorrhée, désir de perte de poids (alors qu'il est normal), troubles du sommeil, instabilité de l'humeur, etc.
- Les principes et objectifs de la prise en charge de la boulimie sont communs à ceux de l'anorexie : pluridisciplinaire (binôme psychiatre/non-psychiatre), prolongée, et en premier lieu ambulatoire (hospitalisation si critère de gravité).
- Les objectifs thérapeutiques sont individuels, tenant compte de l'avis du patient, et contractualisés.
- Il convient de prolonger le suivi, qui doit intégrer tous les domaines impactés par le trouble et ses complications.

Connaître les indications de l'hospitalisation OIC-071-23-B

Anamnestiques	<ul style="list-style-type: none"> • Modification brutale du poids ou cassure de la courbe de croissance. • Sévérité des crises et fréquence élevée (>8/semaine). • Echec de la stratégie ambulatoire. • Conduites compensatoire mettant en danger la vie du patient.
Cliniques	<ul style="list-style-type: none"> • Etat de mal boulimique. • Signes cliniques de dénutrition. • Hypotension artérielle ou trouble du rythme cardiaque. • Incapacité à contrôler les crises qui deviennent pluriquotidiennes. • Incapacité à contrôler les comportements compensatoires (activité physique ou vomissements). • Anomalies de l'ECG.
Paracliniques	<ul style="list-style-type: none"> • Atteinte hépatique sévère. • Troubles hydroélectrolytiques ou métaboliques sévères. • Insuffisance rénale et déshydratation.
Risque suicidaire	<ul style="list-style-type: none"> • Tentative de suicide ou projet suicidaire explicite. • Automutilations répétées.
Comorbidités	Peuvent à elles seules justifier l'hospitalisation si sévères : <ul style="list-style-type: none"> • épisode dépressif caractérisé ; • abus de substances et trouble des conduites ; • anxiété sévère ; • symptômes psychotiques.
Critères environnementaux et sociaux	
Disponibilité de l'entourage	<ul style="list-style-type: none"> • Problèmes familiaux ou absence de famille. • Epuisement de l'entourage.
Stress Environnemental	<ul style="list-style-type: none"> • Critiques environnementales élevées. • Isolement social sévère.

Connaître les principes de la psychothérapie OIC-071-24-B

- Mêmes objectifs pour l'anorexie mentale,
 - avec en plus le repérage des signes annonciateurs de la crise et les techniques pour y remédier (désamorçage).
- Les psychothérapies envisageables sont :
 - TCC,
 - Education thérapeutique,
 - Autres
 - Entretiens motivationnels,
 - Psychothérapie de soutien,
 - Thérapies d'inspiration psychanalytique
 - Thérapie familiale pour les enfants et les adolescents

Connaître les principes de la pharmacothérapie OIC-071-25-B

Prise en charge pharmacologique

Seul médicament ayant l'AMM : la **fluoxetine** (posologie plus élevée que dans l'épisode dépressif caractérisé).

Connaître les principes de la nutrition OIC-071-26-B

Aspect nutritionnel de la prise en charge

- Travail diététique et nutritionnel assez proche de celui effectué dans l'anorexie mentale.

Connaître les données épidémiologiques OIC-071-27-B

- Prévalence sur la vie entière : 3-5% en population adulte.
- Sex ratio : 1H / 2F.
- Concerne 30 à 50% des sujets obèses

Connaître la démarche diagnostique OIC-071-28-A

Sémiologie psychiatrique (critères du DSM-5)

- Survenue d'épisodes récurrents d'hyperphagie incontrôlée. C'est-à-dire :
 - prises alimentaires largement supérieures à la moyenne, par exemple en moins de 2 h ;
 - associées à une impression de perte de contrôle des quantités ingérées ou de la possibilité de s'arrêter.
- Ces épisodes sont associés avec au moins 3 des éléments suivants :
 - manger beaucoup plus rapidement que la normale ;
 - manger jusqu'à éprouver une sensation pénible de distension abdominale ;
 - manger de grandes quantités de nourriture en l'absence d'une sensation physique de faim ;
 - manger seul parce que l'on est gêné de la quantité de nourriture que l'on absorbe ;
 - se sentir dégoûté de soi-même, déprimé ou très coupable après avoir mangé.
- Détresse marquée en lien avec l'existence de cette hyperphagie.
- Les épisodes d'hyperphagie se produisent au moins 1 fois par semaine pendant au moins 3 mois consécutifs.
- Le trouble n'est pas associé à l'utilisation récurrente de comportements compensatoires inappropriés comme c'est le cas dans des épisodes de boulimie et ne survient pas exclusivement au cours de la boulimie ou de l'anorexie mentale.

Connaître les éléments cliniques associés OIC-071-29-A

Début

- Débute généralement dans l'enfance.
- Traumatisme ou abus sexuel se retrouvent plus souvent dans les antécédents.
- Les régimes sont souvent secondaires au début des troubles, à l'inverse de l'anorexie mentale ou de la boulimie.

L'accès hyperphagique

- Phénomène de « craving » très important, avec envie irrésistible de manger.

- Conscience du trouble avec souffrance psychique importante.

Traits associés

- Symptômes anxio-dépressifs, voire comorbidités avec un trouble anxieux généralisé ou un épisode dépressif caractérisé.
- Possible association avec des troubles addictifs et des troubles du contrôle des impulsions (auto-mutilations, kleptomanie...).
- Troubles de la personnalité.
- Forte impulsivité et difficultés dans la gestion des émotions.
- Dysfonction sexuelle.

Retentissement

- Troubles digestifs : halitose, reflux gastro-oesophagien, ballonnements et douleurs abdominales, alternance diarrhée-constipation...
- Stéatose hépatique.
- Répercussions indirectes : il faut systématiquement rechercher et prendre en charge toutes les complications de l'obésité.
- Mauvais états nutritionnels, voire dénutrition.
- Hypofertilité voire infertilité.

Connaître les diagnostics différentiels OIC-071-30-A

Les diagnostics différentiels sont à peu près les mêmes que pour la boulimie :

- tumeurs cérébrales, épilepsie, syndrome de Kleine-Levin et syndrome de Klüver-Bucy, etc. ;
- boulimie ;
- obésité métabolique ou génétique ;
- épisode dépressif caractérisé et troubles bipolaires ;
- troubles de la personnalité de type borderline et évitante-dépendante

Connaître les diagnostics associés OIC-071-31-A

Comorbidités Somatiques :

- Troubles digestifs : halitose, reflux gastro-œsophagien, ballonnements et douleurs abdominales, alternance diarrhée-constipation.
- Stéatose hépatique.
- Complications de l'obésité.
- Mauvais états nutritionnels, voire dénutrition.
- Hypofertilité, voire infertilité.

Comorbidités Psychiatriques et Addictives : Elles sont fréquentes :

- Troubles bipolaires et épisode dépressif caractérisé,
- Troubles anxieux,
- Troubles de l'usage de substance,
- Risque suicidaire.

Connaître les grands principes de la prise en charge OIC-071-32-A

Grand principes de prise en charge

- Le dépistage et la prise en charge précoces sont là aussi des éléments clés du succès de la prise en charge.
- Trouble à dépister systématiquement dans la population obèse.
- Bilans, objectifs et principes de la prise en charge très proches de ceux de la boulimie.

Connaître la définition de la pica OIC-071-33-A

PICA

- **Définition :**
 - **Ingestion** répétée de **substances non nutritives** pendant au moins 1 mois (plâtre, plomb, sable, cailloux, cheveux, papier, plastique...)
- Apparaît souvent **chez le jeune enfant** présentant

- une carence martiale ou une carence en zinc
- une négligence
- un trouble de l'attachement
- ou un trouble neurodéveloppemental sévère.

Connaître la définition du mérycisme OIC-071-34-A

Mérycisme

- **Définition :**
 - **Régurgitations répétées de nourritures** pendant une période d'au moins 1 mois.
 - Les **aliments** peuvent être **remastiqués**, **ré-avalés** ou **recrachés**.
 - Touche principalement les **enfants de 3 mois à 1 an**, plus rarement les adultes.