

Revue générale

Nutrition entérale à domicile en cas de troubles du comportement alimentaire

Home enteral nutrition in eating disorders

Daniel Rigaud

Service d'endocrinologie et nutrition, CHU Le Bocage, 21000 Dijon, France

Reçu le 17 mars 2013 ; accepté le 17 avril 2013

Disponible sur Internet le 24 juin 2013

Résumé

La nutrition entérale à domicile (NEAD) a fait en partie la preuve de son efficacité en cas d'anorexie mentale. La NEAD est très efficace à court terme contre les crises de boulimie. La NEAD permet une plus grande prise de poids et de masse maigre dans l'anorexie que l'approche classique. La NEAD permet aussi une diminution importante de la fréquence et de l'intensité des crises de boulimie. Elle n'altère pas l'humeur, ni n'aggrave le comportement alimentaire. La NEAD n'a pas pour objectif de guérir les malades, mais de passer un cap et de rendre la psychothérapie plus pertinente. La NEAD ne doit pas remplacer le travail diététique, ni faire faire l'économie du travail cognitif et comportemental. Si le malade a trop peur de grossir, la NEAD a de grandes chances d'être rejetée ou mise en échec. Il est donc essentiel de bien cibler les malades et de bien leur expliquer la démarche thérapeutique.

© 2013 Publié par Elsevier Masson SAS.

Mots clés : Anorexie mentale ; Boulimie ; Troubles du comportement alimentaire ; Nutrition entérale à domicile

Abstract

Weight restoration is crucial for successful treatment of anorexia nervosa (AN). Without it, patients may face serious or even fatal complications of severe starvation. Renutrition should take into account clinical characteristics unique to these patients, such as gastroparesis and fear of gaining body weight. The efficacy of tube feeding and home-tube feeding (Home-TF) has been suggested in AN and proven in bulimia nervosa (BN). TF and home-TF allow a better body weight gain (mainly fat-free mass) in AN patients and a strong decrease in the frequency and the intensity of binge-eating/purging episodes at relatively short-term (1 year) in BN patients. In AN, home-TF does not increase anxiety, depression, or worsen the eating behavior. In BN patients, home-TF decreases anxiety and depressive state and improves the quality of life. The goal of home-TF is not to cure the patients, but only to avoid serious malnutrition and its complications and to insure a better investment of the patients for their psychotherapy. Home-TF must be associated with psychotherapy, namely cognitive behavioural therapy and family therapy in adolescents. If the fear of gaining body weight is too high, the risk of failure of home-TF, because of poor compliance, is increasing. In any case, the aims and the goals of home-TF should be extensively explained.

© 2013 Published by Elsevier Masson SAS.

Keywords: Anorexia nervosa; Bulimia nervosa; Eating disorders; Tube feeding

1. Introduction

La nutrition entérale à domicile (NEAD) est devenue une pratique courante face à la dénutrition engendrée par certaines affections médico-chirurgicales. Après avoir fait ses preuves chez les patients dénutris hospitalisés, la nutrition entérale par sonde nasogastrique (sonde NG) a été validée chez des patients ambulatoires. La NEAD reste cependant une approche théra-

peutique méconnue chez les malades souffrant de troubles du comportement alimentaire (TCA). Pourtant, quelques études suggèrent qu'elle peut apporter un réel bénéfice. La NEAD est la seule assistance nutritive sans risque qui a prouvé son efficacité. La nutrition parentérale n'a, elle, aucune place.

2. Rappels sur les troubles du comportement alimentaire

Les TCA sont l'expression d'un mal-être et d'une difficulté à gérer des émotions ou des pensées jugées négatives : angoisse et

Adresse e-mail : daniel.rigaud@chu-dijon.fr

stress intenses, incapacité de faire un choix, insécurité ou peur de la séparation, traumatisme passé, sexuel ou non [1,2]. . .

Deux TCA nous intéressent ici : l'anorexie mentale (AM) et la boulimie (B). Mais il en est d'autres. On distingue les TCA restrictifs (vomissements induits, orthorexie mentale, restriction excessive des sportives de demi-fond) et les TCA hyperphagiques (compulsion, association B-compulsion, grignotages pathologiques, hyperphagies prandiales. . .).

Cinq éléments aident à comprendre la place de la NEAD dans les TCA :

- l'AM et la B partagent la même « pensée anorexique » : même fréquence et même intensité des peurs de grossir, de devenir obèse, d'être trop gras, de manger gras, de manger tout court [1,2] ;
- l'AM et la B partagent la même restriction cognitive (c'est-à-dire la même volonté de restreindre son alimentation), avec la même intensité et la même fréquence : bien des malades ne font plus aucun vrai repas ;
- bien des malades anorexiques et boulimiques n'ont pas des apports nutritionnels suffisants. Ils ont donc des carences d'apport multiples et très souvent profondes depuis plusieurs mois (ou années) ;
- ces malades n'ont pas de perte de la sensation de faim. Au contraire, ils « aiment » manger, mais ont peur, justement, que ce désir ne les déborde ;
- les malades anorexiques et boulimiques ont, avant tout, peur de grossir et de ne pas s'arrêter de « faire du gras » (plus de 95 % des malades).

Il faut rappeler ici que manger est une fonction vitale. Cette fonction a été placée sous le contrôle de la volonté (on peut décider de ne pas manger), au même titre qu'on peut décider d'arrêter de respirer. Mais en ne respirant plus, on génère un déficit en oxygène qui s'accroît. Au-delà d'une valeur de consigne, le cerveau pousse le sujet à respirer, quelles que soient les conditions (il n'est pas possible de s'y soustraire). Pour l'alimentation, la pulsion à manger obligatoirement apparaît de la même façon, mais plutôt après plusieurs semaines ou mois. Plus forte et longue est la restriction alimentaire, plus forte est la pulsion à manger. Elle devient alors énorme et répétitive (compulsion).

Lorsque la restriction alimentaire est trop importante et/ou trop durable, la partie du cerveau (système limbique) qui pilote la prise alimentaire impose l'idée d'une crise compulsive alimentaire. C'est normal, physiologique, mais cette pensée est insupportable au malade. Dès lors, AM restrictive (AMR), AM boulimique (AMB) et B diffèrent :

- dans l'AMB et la B, le malade fait la crise et, donc, doit s'en débarrasser. Il est alors dans l'obligation d'adopter des comportements compensatoires : vomissement provoqué dans 90 à 95 % des cas, hyperactivité physique, jeûne de 24 à 48 heures, abus de laxatifs ;
- dans l'AM restrictive, le malade exerce une pression forte pour échapper à la crise (la crise reste imaginaire, mais bien forte). Des activités de dérivation sont mises en place pour lutter contre cette crise « fantasmée » (« j'ai peur de ne pas

pouvoir m'arrêter de manger, si je commence »): anxiété, hyperactivité physique et psychique (pensées automatiques), troubles obsessionnels compulsifs (TOC). . .

En résumé, chez les malades souffrant d'AM ou de B (à poids normal), la restriction appelle la compulsion, réelle (AMB, B) ou crainte (AMR).

3. Les études

L'intérêt de la NE et de la NEAD dans les TCA, AM et B en tête, n'est pas encore formellement prouvé : nous manquons d'études randomisées, ainsi que d'études randomisées de grande ampleur où les critères d'efficacité ont été analysés en insu du traitement. De plus, beaucoup de ces études n'ont inclus comme critère de jugement que le poids. Enfin, aucune étude publiée ne permet de savoir si la NE ou la NEAD diminuent le risque de mortalité ou de morbidité ultérieure (complications métaboliques, ostéoporose, altération de la fécondité, troubles trophiques), ni même le risque d'être ré-hospitalisé. A fortiori, aucune étude n'a été construite pour savoir si la guérison était plus fréquente après NE.

3.1. Anorexie mentale

Peu d'études ont été publiées sur l'intérêt de la NE au cours d'une hospitalisation dans l'AM [3–10]. Dans l'ensemble, ces études ont montré une prise de poids satisfaisante sous NE, sans risque accru [3–5,7,8,10–12]. Une seule étude était randomisée [10]. Cet essai ouvert a été effectué chez les malades AM ayant soit la forme restrictive (AMR, $n=56$, dont 28 sous NE), soit la forme boulimique (AMB, $n=25$, dont 12 sous NE). L'IMC moyen était de $12,4 \pm 1,5 \text{ kg/m}^2$. Chaque malade avait un groupe de paroles, deux consultations diététiques et deux consultations psychologiques par semaine (thérapie cognitivo-comportementale). Dans le groupe NE, la NE durait trois mois. La prise de poids fut plus grande dans le groupe NE ($+194 \pm 14 \text{ g/j}$, soit $+1,3 \text{ kg}$ par semaine) que dans le groupe témoin ($+126 \pm 19 \text{ g/j}$, soit 880 g par semaine ; $p < 0,01$), la prise de masse maigre aussi (NE : $+109 \pm 13 \text{ g/j}$, soit 56 % du gain pondéral et $+0,763 \text{ kg}$ par semaine ; groupe témoin : $+61 \pm 17 \text{ g/j}$, soit 49 % du gain pondéral et 427 g par semaine ; $p < 0,01$). La créatininurie des 24 heures (mesure de la masse musculaire) augmenta plus dans le groupe NE ($p < 0,05$) : de 652 ± 107 à $927 \pm 98 \text{ mg/24 heures}$ versus 712 ± 115 à $857 \pm 109 \text{ mg/24 heures}$ dans le groupe témoin. À la fin de l'hospitalisation, l'IMC moyen était de $17,8 \pm 1,2 \text{ kg/m}^2$ dans le groupe NE et de $15,9 \pm 1,4 \text{ kg/m}^2$ dans le groupe témoin ($p < 0,01$). À la sortie, 39 % des malades NE avaient atteint un IMC de $18,5 \text{ kg/m}^2$ contre 8 % du groupe témoin ($p < 0,02$). Les apports alimentaires augmentèrent de façon similaire dans les deux groupes (protides, lipides, glucides), passant d'environ $910 \pm 116 \text{ kcal/j}$ à $2050 \pm 184 \text{ kcal/j}$. Aucune différence ne fut notée entre groupes sur les scores d'anxiété, de dépression et de TCA. Cette étude suggère qu'à l'hôpital, la NE permet une meilleure prise de poids que

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2693948>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2693948>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)