

La prise en charge des troubles du comportement alimentaire

Management of patients with eating disorders

M. Rousselet¹, B. Rocher², S. Lambert²,

L. Chaillous³, J.-L. Vénisse^{1,2}

¹ Institut fédératif des addictions comportementales, CHU de Nantes.

² Pôle universitaire d'addictologie et de psychiatrie, CHU de Nantes.

³ Clinique d'endocrinologie, Hôpital Guillaume et René Laennec, CHU de Nantes, Saint-Herblain.

Résumé

Les troubles du comportement alimentaire ont pour particularité d'être des pathologies d'origine mixte, dont l'expression est psychique, comportementale et corporelle. La nature des soins doit ainsi être à la fois diversifiée et organisée, afin d'aider la patiente à retrouver un développement harmonieux, sans ces troubles, souvent symptômes d'une panne d'adolescence. Les auteurs passent en revue, à travers cet article, différents soins qui peuvent être proposés à ces patientes, en rappelant l'absolue nécessité d'une bonne alliance thérapeutique installée au long cours.

Mots-clés : Troubles du comportement alimentaire – anorexie mentale – boulimie nerveuse – recommandations de bonne pratique – psychothérapie – traitement nutritionnel – traitement pharmacologique.

Summary

Eating disorders are complex troubles with a psychological, behavioural or physical expression. Care must therefore be both diverse and organised in order to help the patient to recover an healthy development without these disorders often symptoms of a failure of adolescence. Authors describe the different type of care generally provided, recalling the absolute necessity of good therapeutic alliance in the medical relation.

Key-words: *Eating disorders – anorexia nervosa – bulimia nervosa – good clinical practice guidelines – psychotherapy – nutritional therapy – drug therapy.*

Introduction

Les troubles du comportement alimentaire recouvrent une multitude d'entités cliniques. Nous centrerons notre propos sur leur prise en charge autour de celles dont la formalisation thérapeutique a été la plus spécifiée :

- les syndromes anorexiques ;
- les syndromes boulimiques ;
- les *Binge Eating Disorders* (BED).

Ces entités cliniques présentent comme caractéristiques remarquables d'être des pathologies graves, de nature polyfactorielle à expression somatique et com-

portementale, qui commencent le plus souvent chez l'adolescente¹ et l'adulte jeune [1].

Ces quelques mots d'introduction gouvernent la philosophie du soin qui est à construire avec ces patientes.

- Tout d'abord, par grave, nous entendons le fait qu'elles puissent être mortelles dans environ 10 % des cas et que, si l'on estime à 50 % les évolutions positives de ces situations, c'est souvent au prix de plusieurs années de soin [2].

1. Les auteurs ont convenu d'utiliser le féminin tout au long de cet article.

Correspondance :

Bruno Rocher

Espace Barbara

Service d'addictologie

CHU de Nantes

9 bis, rue de Bouillé

44000 Nantes

bruno.rocher@chu-nantes.fr

Les troubles du comportement alimentaire

- Ensuite, la gravité provient souvent de la difficulté d'instaurer précocement des soins adaptés chez ces patientes, du fait :
 - d'éléments de déni individuel et de l'entourage qui retardent l'accès aux soins ;
 - que ces patientes ne sont pas toujours prêtes à lâcher cette nouvelle façon d'être à elles-mêmes, à leur corps, aux autres qui, bien souvent, constitue un compromis évitant d'autres angoisses plus fortes encore ;
 - de la trop grande disparité de structures de soins et des soignants pouvant accueillir dans de bonnes conditions ces patientes.
- La prise en charge pluridisciplinaire se construisant au fur et à mesure, elle permet à la fois d'aider la patiente par rapport aux différentes facettes de son trouble, notamment somatiques dans un premier temps, puis d'accéder au soin global nécessaire.
- Le positionnement du trouble à l'adolescence implique, par essence, la question de l'autonomie et de la famille, qui sera un axe majeur du soin, de même que la caractéristique développementale du trouble qui vient plus ou moins infléchir la trajectoire de vie de la patiente et de son entourage.

Orientations de la prise en charge

Comme nous l'avons indiqué, les soins se déroulent le plus souvent sur des durées couvrant plusieurs années. Selon ce schéma, le parcours de soins proposé à ces patientes sera « à géométrie variable », avec une adaptation de ses modalités aux problématiques prioritaires présentées par la patiente.

La question de l'indication de l'hospitalisation « temps plein » a alimenté beaucoup de débats, tant l'hétérogénéité des pratiques peut être importante aux niveaux national et international. Les recommandations pour la pratique de la Haute Autorité de santé (HAS), diffusées en 2011 [3], permettent d'apporter, en France, des orientations partageables (tableaux I à III).

La question de l'orientation des soins pose également celle des critères d'une prise en charge ambulatoire étayée, de type hôpital de jour, ou, lors d'aggrava-

tions symptomatiques psychiatrique ou somatique, de soins en psychiatrie ou de soins nutritionnels aigus, voire réanimatoires. À ces sujets, il n'existe pas de consensus, si ce n'est de travailler le maillage d'un réseau de soins avec des partenaires respectueux du travail et de la fonction de chacun.

Modalités de la prise en charge

Quels que soient le contexte et les orientations thérapeutiques, les modalités thérapeutiques des troubles du comportement alimentaire s'appuient sur un certain nombre de piliers communs.

Tableau I : Critères somatiques d'hospitalisation [3].

Anamnestiques	<ul style="list-style-type: none"> • Importance et vitesse de l'amaigrissement : perte de 20 % du poids en 3 mois • Malaises et/ou chutes ou pertes de connaissance • Vomissements incoercibles • Échec de la renutrition ambulatoire
Cliniques	<ul style="list-style-type: none"> • Signes cliniques de déshydratation • IMC < 14 kg/m² • Amyotrophie importante avec hypotonie axiale • Hypothermie < 35° C • Hypotension artérielle < 90/60 mm Hg • Fréquence cardiaque : <ul style="list-style-type: none"> – bradycardie sinusale FC < 40/min – tachycardie de repos > 60/min si IMC < 13 kg/m²
Paracliniques	<ul style="list-style-type: none"> • Anomalies de l'ECG en dehors de la fréquence cardiaque • Hypoglycémie symptomatique < 0,6 g/l ou asymptomatique si < 0,3 g/l • Cytolyse hépatique > 10 x N • Hypokaliémie < 3 mEq/l • Hypophosphorémie < 0,5 mmol/l • Insuffisance rénale : clairance de la créatinine < 40 ml/min • Natrémie : <ul style="list-style-type: none"> – < 125 mmol/l (potomanie, risque de convulsions) – > 150 mmol/l (déshydratation) • Leucopénie < 1 000/mm³ (ou neutrophiles < 500/mm³)

Tableau II : Critères psychiatriques d'hospitalisation [3].

Risque suicidaire	<ul style="list-style-type: none"> • Tentative de suicide réalisée ou avortée • Plan suicidaire précis • Automutilations répétées
Co-morbidités	Tout trouble psychiatrique associé dont l'intensité justifie une hospitalisation : <ul style="list-style-type: none"> – dépression – abus de substances – anxiété – symptômes psychotiques – troubles obsessionnels compulsifs
Anorexie mentale	<ul style="list-style-type: none"> • Idéations obsédantes intrusives et permanentes, incapacité à contrôler les pensées obsédantes • Renutrition : nécessité d'une renutrition par sonde nasogastrique, ou autre modalité nutritionnelle non réalisable en ambulatoire • Activité physique : exercice physique excessif et compulsif (en association avec une autre indication d'hospitalisation) • Conduite de purge (vomissements, laxatifs, diurétiques) : incapacité à contrôler seul des conduites de purge intenses
Motivation, coopération	<ul style="list-style-type: none"> • Échec antérieur d'une prise en charge ambulatoire bien conduite • Patient peu coopérant, ou coopérant uniquement dans un environnement de soins très structuré • Motivation trop insuffisante, rendant impossible l'adhésion aux soins ambulatoires

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3275362>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3275362>

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