

Prise en charge nutritionnelle des troubles du comportement alimentaire chez l'adolescent

Nutritional support in adolescent eating disorders

Michel Vidailhet ^{a,*}, Bernard Kabuth ^b, Solène Kermarrec ^b,
François Feillet ^a, Colette Vidailhet ^b

^a Pédiatrie 3 et génétique clinique, hôpital d'enfants, 54511 Vandœuvre-lès-Nancy, France

^b Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, hôpital d'Enfants, 54511 Vandœuvre-lès-Nancy, France

Disponible sur internet le 13 octobre 2005

Résumé

Cette revue générale souligne l'importance d'une prise en charge nutritionnelle structurée des troubles du comportement alimentaire de l'adolescent, en particulier de l'anorexie mentale, ses bases physiopathologiques, son influence sur les pronostics à court et à long terme. Les conséquences somatiques mais aussi neuropsychologiques de la dénutrition, ses conséquences en termes de morbidité, de mortalité et de séquelles sont soulignées. Les modalités de la renutrition, en ville et à l'hôpital, l'importance de la notion de « poids cible » à atteindre et du maintien de ce poids dans les mois et les années qui suivent en raison de la fréquence encore trop importante des rechutes (50 %) sont développées, de même que la nécessité d'une « alliance thérapeutique » avec la famille et, dès que possible, avec la malade et l'intérêt d'une collaboration étroite entre les équipes psychiatrique et pédiatrique. Ils discutent plus brièvement des aspects nutritionnels du traitement de la boulimie. Dans leur conclusion, les auteurs font état de leurs résultats sur une cohorte de 161 malades dont le devenir est connu avec un recul de plus de quatre ans et dont 144 ont participé à une évaluation selon des modalités validées (68 % de bons résultats, 23,3 % de résultats moyens, 8,7 % de résultats médiocres) témoignant d'une progression sur des résultats antérieurs et plus satisfaisants que ceux de deux autres études utilisant des méthodes d'évaluation similaires et publiées en 1991 et 2001.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Abstract

This review underlines the importance of a structured nutritional treatment in eating disorders particularly in anorexia nervosa, its physiopathological bases and influence on short and long term prognosis of the disease. Somatic and neuropsychological effects of undernutrition, their consequences in terms of morbidity, mortality and sequelae are underlined. The modalities of refeeding at home and during hospitalisation, the necessity of renutrition to a right target weight, and, after that, the importance to work for maintaining a good nutritional state are indicated. The frequency of relapses (around 50%) is underlined, as well as the importance of "therapeutic alliance" between physicians and families (and, as soon as possible, with anorectic adolescent) and the advantage of a good collaboration between psychiatric and pediatric teams. They discuss more briefly about nutritional aspects of bulimia management. Finally the authors state on their own results about 161 patients followed for more than 4 years of which 144 participate in an evaluation (68% of good, 23.3% of intermediary and 8.7% of bad results) attesting of progress versus an anterior evaluation and best results than 2 other studies, published in 1991 and 2001, with the same tests for evaluation.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Anorexie mentale ; Boulimie ; Troubles du comportement alimentaire ; Nutrition entérale ; Renutrition ; Dénutrition

Keywords: Anorexia nervosa; Bulimia; Eating disorders; Nasogastric tube feeding; Refeeding; Undernutrition

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : m.vidailhet@chu-nancy.fr (M. Vidailhet).

« L'erreur la plus commune du médecin est de vouloir soigner séparément le corps et l'esprit » Platon.

Nous n'envisagerons ici que les pathologies de l'adolescent : l'anorexie et la boulimie. L'anorexie et les hypotrophies sans cause organique du nourrisson ainsi que le pica, qui, lui, affecte tous les âges, ne seront pas envisagés.

1. L'anorexie mentale (AM)

Maladie affectant surtout les adolescentes [classiquement 1 sur 200 [1] avec un garçon pour dix filles, 0,7/20 dans notre expérience [2]] vivant dans les pays industrialisés où la nourriture est abondante et les modèles de minceur de plus en plus valorisés, elle est considérée comme une pathologie plurifactorielle à composante génétique [2,3], « biopsychosociale », selon un modèle retenant une interaction complexe de facteurs sociaux, familiaux, psychologiques et neurohormonaux. Ces facteurs favorisants sont indiscutables mais il faut bien dire qu'aujourd'hui, malgré les approches biologiques et psychodynamiques [4], l'étiologie en reste mystérieuse. Schématiquement, elle est résumée par 3A :

- Anorexie ;
- Amaigrissement ;
- Aménorrhée.

L'amaigrissement est la conséquence directe de l'anorexie. Si, statistiquement, l'aménorrhée lui est corrélée, elle peut être précoce et précéder, au moins apparemment, la dénutrition [5]. Anorexie est un terme mal adapté : c'est d'un refus actif de nourriture qu'il s'agit chez ces adolescentes, angoissées à l'idée que les calories qu'elles ingèrent vont rapidement les faire grossir, se stocker et les déformer, et cela alors même qu'elles sont déjà très amaigrées. Maladie psychiatrique, l'AM doit être traitée par des psychiatres associés à des nutritionnistes et, pour les adolescentes, par des pédopsychiatres aidés de pédiatres. Nous n'avons pas ici à développer les modalités du traitement psychiatrique mais on soulignera l'importance de la psychothérapie de soutien et, lors des hospitalisations, de la thérapie institutionnelle faisant intervenir psychiatres, pédiatres, psychologues, diététiciens, infirmiers, éducateurs, enseignants, etc. pour aider ces adolescentes à sortir de leur symptôme, de leur enfermement, à leur faire reprendre goût aux relations humaines, à les aider à retrouver plaisirs de vivre et de manger. Tous les auteurs soulignent l'importance de cette psychothérapie même si, aujourd'hui, du fait même des particularités de la psychothérapie, aucun travail scientifique ne permet de conclure sur le type de psychothérapie individuelle le plus efficace [6]. En fait, les résultats scientifiquement les plus démonstratifs montrent, grâce à une série de travaux issus du Maudsley Hospital de Londres [7], l'efficacité de la thérapie familiale. Récemment, Lock et al. [8] ont publié un manuel visant à aider à la diffusion de cette méthode prometteuse.

1.1. Les bases du traitement nutritionnel

1.1.1. Faut-il assurer une prise en charge nutritionnelle ?

L'AM a souvent une évolution longue, à rechutes. Une difficulté majeure est la volonté illogique, mais invétérée, de la malade de perdre du poids en adoptant des comportements alimentaires, d'activité physique, voire purgatifs (vomissements, diarrhée provoqués etc.) lui permettant d'assurer une balance énergétique négative. La fréquence des rechutes dans l'année qui suit une hospitalisation avec renutrition approche 50 % [9] de sorte que celle-ci pourrait apparaître comme un exercice futile, agressif et coûteux. En dehors des conséquences somatiques et psychologiques de la dénutrition, de ses séquelles, il faut rappeler la mortalité importante de la maladie, estimée entre 5 et 10 %, celle due à la seule dénutrition étant de 5 % [1]. Une étude conduite sur plus de 20 ans montre que la mortalité chez les AM traitées dans des unités spécialisées est trois fois moindre que celle des malades traitées dans un service de psychiatrie générale [10]. Dans notre expérience, sur 161 malades, dont le devenir est connu, avec un recul de plus de quatre ans, aucune n'est décédée de trouble nutritionnel [2] malgré la fréquence des formes graves que nous soignons (10 %) [11]. Barand et al. [12] montrent que les anorexiques restant hospitalisées jusqu'au poids cible fixé vont mieux dans les deux années qui suivent et ont moins besoin de réhospitalisations. Enfin, nous partageons l'expérience de Russell et Byrnes [14] qui constatent que des hospitalisations avec reprise pondérale faible ou nulle conduisent à des réhospitalisations à des poids de plus en plus bas, à des sorties de plus en plus prématurées, jusqu'au refus de toute réhospitalisation conduisant parfois à des situations de détresse vitale, voire à des admissions sous contrainte médico-légale [14]. Beaucoup d'autres arguments permettent d'assurer qu'il ne serait pas éthique de ne pas tout faire pour ramener le poids à des valeurs proches de la normale [14]. Les études portant sur les protéines corporelles [13,15] montrent qu'elles sont très diminuées mais que la renutrition les rétablit très efficacement, plus rapidement que les graisses, contrairement à d'autres maladies où le processus causal obère la synthèse protéique. Les conséquences morbides de la dénutrition protéique et la mortalité qui l'accompagne sont connues [16] : conséquences musculaires, en particulier cardiaque et respiratoire, squelettiques avec dégradation de la matrice protéique osseuse. Certaines peuvent laisser des séquelles définitives comme une ostéoporose [17] ou une altération de la substance grise cérébrale [18]. La dénutrition protéique va de pair avec une déplétion phosphorée et une hypophosphorémie dont il faut prévenir l'aggravation en cours de renutrition en raison de conséquences parfois dramatiques :

- cérébrales (délire) ;
- respiratoires (insuffisance respiratoire aiguë) ;
- hématologiques (anémie hémolytique, aplasie médullaire) ;
- musculaires (rhabdomyolyse) ;
- et cardiaque [11,13,19].

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9074475>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9074475>

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