

# Trouble du comportement alimentaire ...

Premiers pas ...sans être spécialiste  
(Diagnostic et prise en charge)



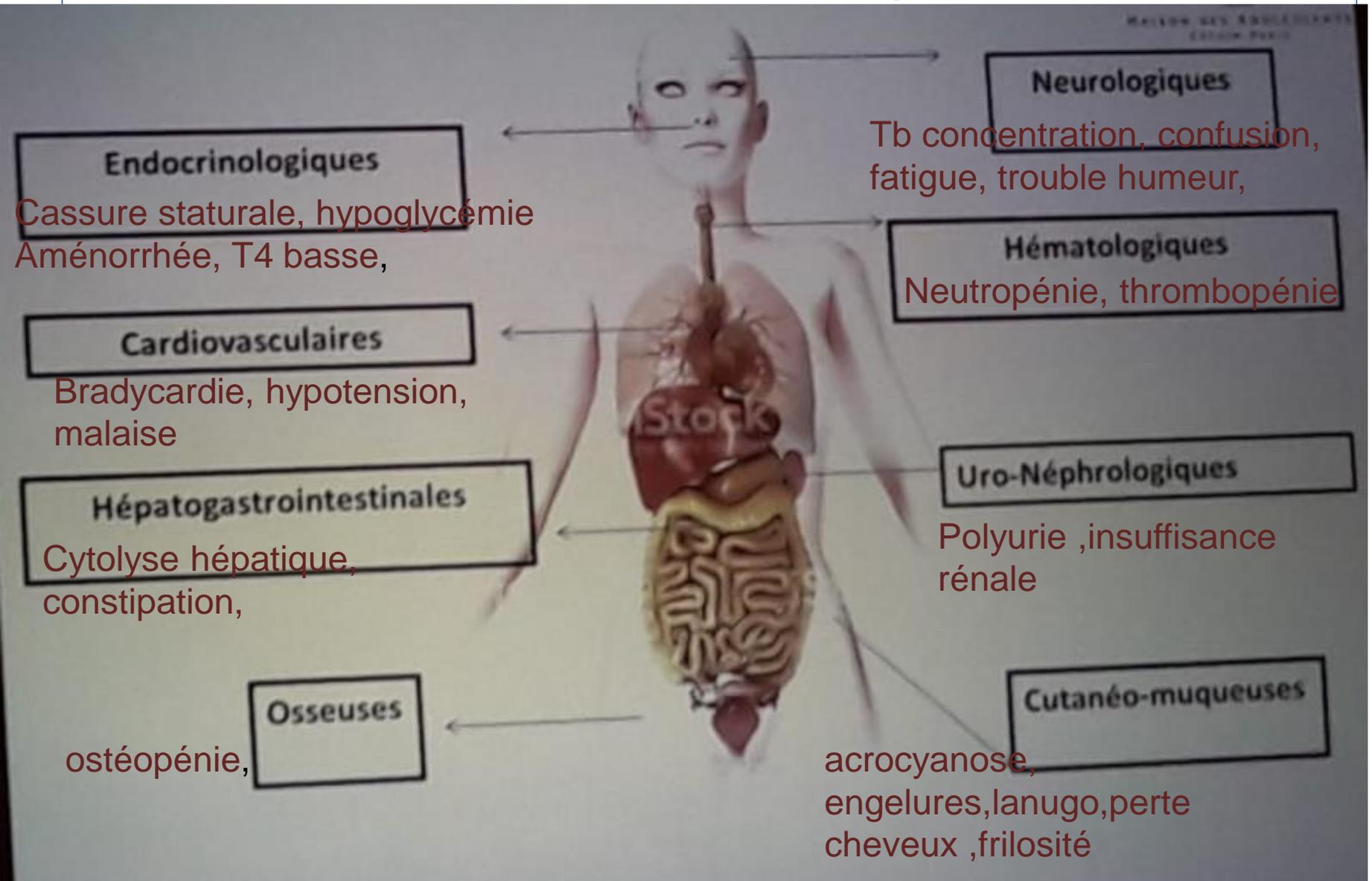
Nantes octobre 2018

- Avez vous déjà pris en charge un trouble du comportement alimentaire ? Oui  Non
- Avez-vous déjà « méconnu » un trouble du comportement alimentaire ? Oui   
Non

# Pourquoi un somaticien ?

- **Maladie multi organe**: beaucoup de symptômes « du corps »
- Face au corps « meurtri /maltraité» :on touche ,examine, pèse :
  - \*remettre en **lien corps et ado** , diminue le clivage corps-esprit
  - \* donner les **limites et gravités**
  - \***réalité médicale plus concrète** pour ado et famille « prise de conscience de le nécessité de soins»
- **Le soin du corps autorise le soin psy**
  - \*début alliance thérapeutique / **fin du déni**
  - \***fin de la dénutrition pour pouvoir** « penser » de nouveau
  - \***peur des soins psy**

# Maladie multi organe



# Difficultés dans la prise en charge

- Pour le patient:  
déli,  
incompréhension et méconnaissance de sa souffrance par la famille et les pro..
- Pour sa famille:  
impuissance,  
déli,  
isolement,  
méconnaissance des soins
- Pour le médecin généraliste:

## Difficultés dans la prise en charge

- Pour le médecin généraliste:

Dépistage insuffisant

Fausse idées

Méconnaissance des lieux de soins spécifiques

Délais de rdv soins spécialisés

Démunis dans la prise en charge initiale

Mais dans une heure ...tout ça c'est fini !!!

- Dépistage précoce

Facteur pronostic « le délai diagnostique »

- \* Rôle capitale de la courbe de croissance

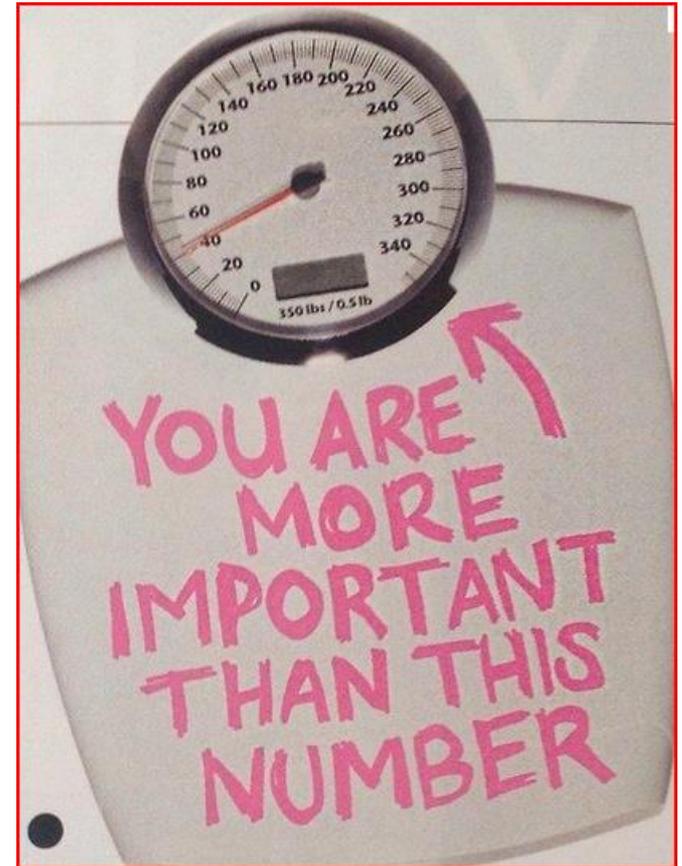
- \* Signes « pièges »

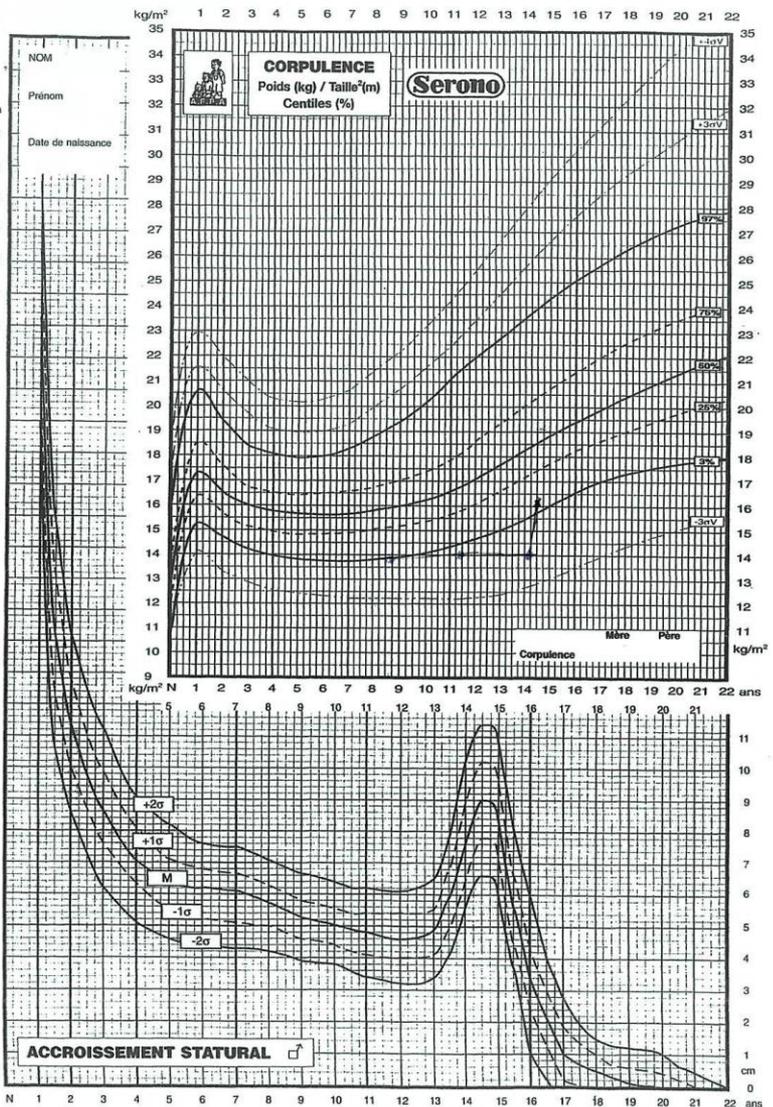
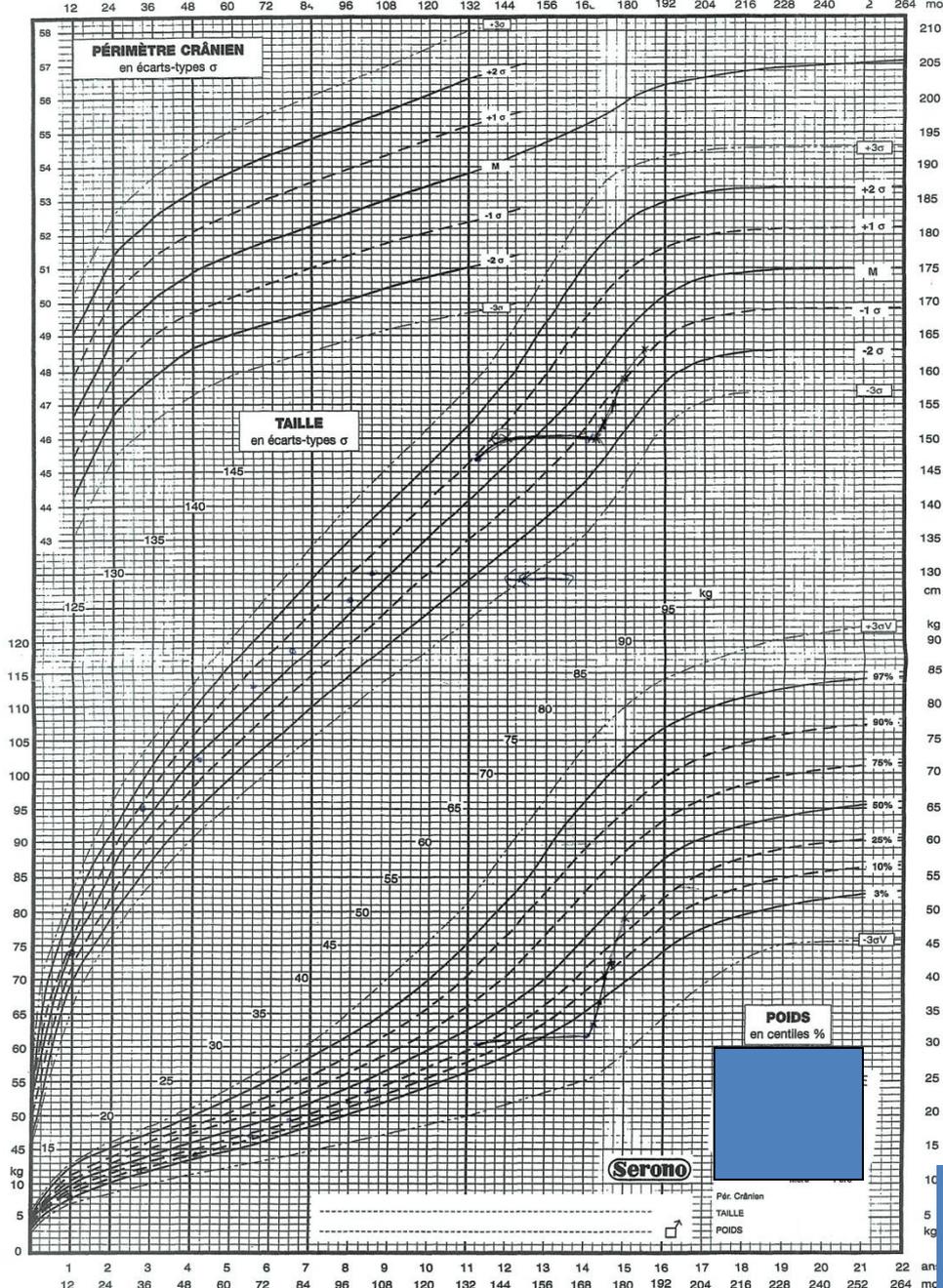
Eviter la chronicité

- La méconnaissance par le médecin entraîne de la souffrance et augmente la difficulté future d'alliance thérapeutique
- « c'est une mode » « c'est la crise d'ado » « ça va passer » « on n'en voit à peine une dans notre carrière ..alors .. »
- Fausses Idées

## *Y penser même si ..*

- Je mange ..
- Je ne perds pas de poids ..
- Elle n'est pas maigre..
- Elle est super dynamique..
- Elle a un BMI 19..
- C'est un garçon..
- Elle a 10ans et est en CM2
- Vient pour autre chose  
(...malaise..vaccin..toux..aménorrhée)

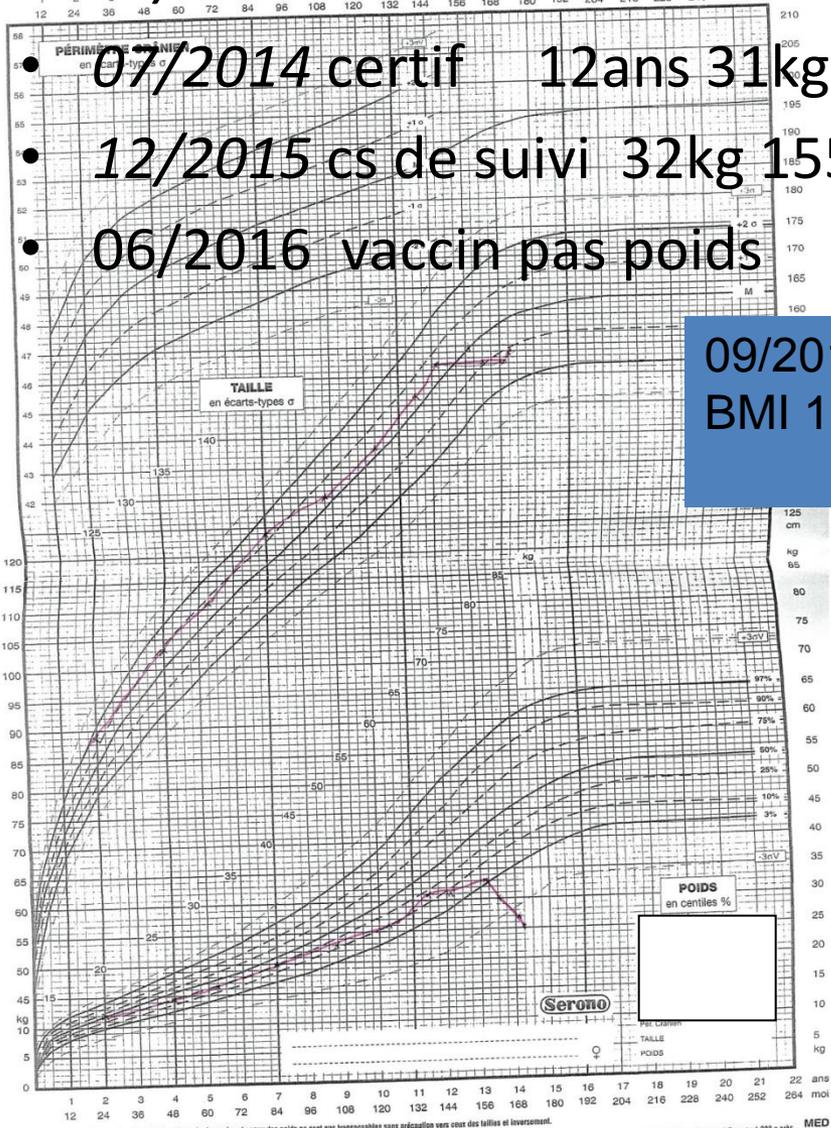




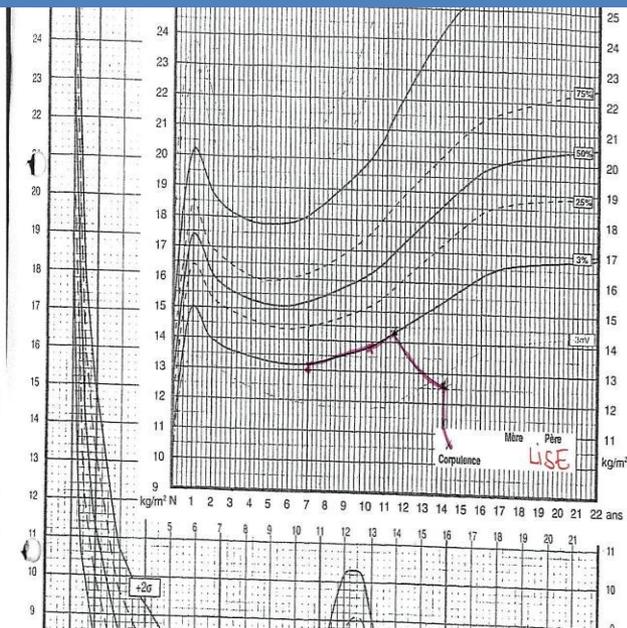
Hyperactivité (tennis 2h rugby 4h  
cheval 1h natation 1h course à pied  
avec son père le week end

# Juste le poids...ça ne suffit pas

- 11/2013 GEA 11 ans et demi : 31kg 147 cm
- 07/2014 certif 12ans 31kg 152 cm examen n
- 12/2015 cs de suivi 32kg 155 ras ok ca va
- 06/2016 vaccin pas poids



09/2016 ... 3 mois plus tard  
BMI 10.8 (poids 25.8kg)..n a pas grandi depuis 18mois



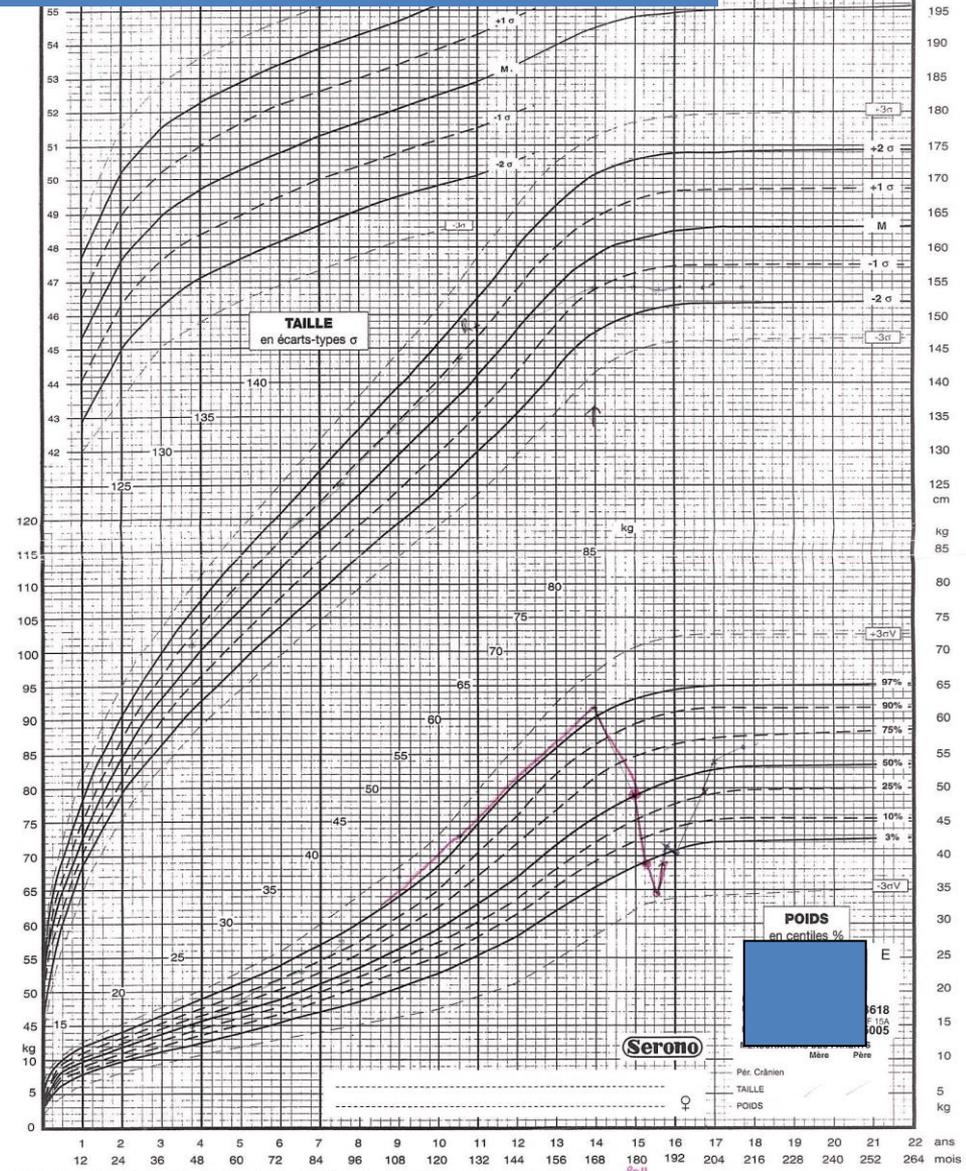
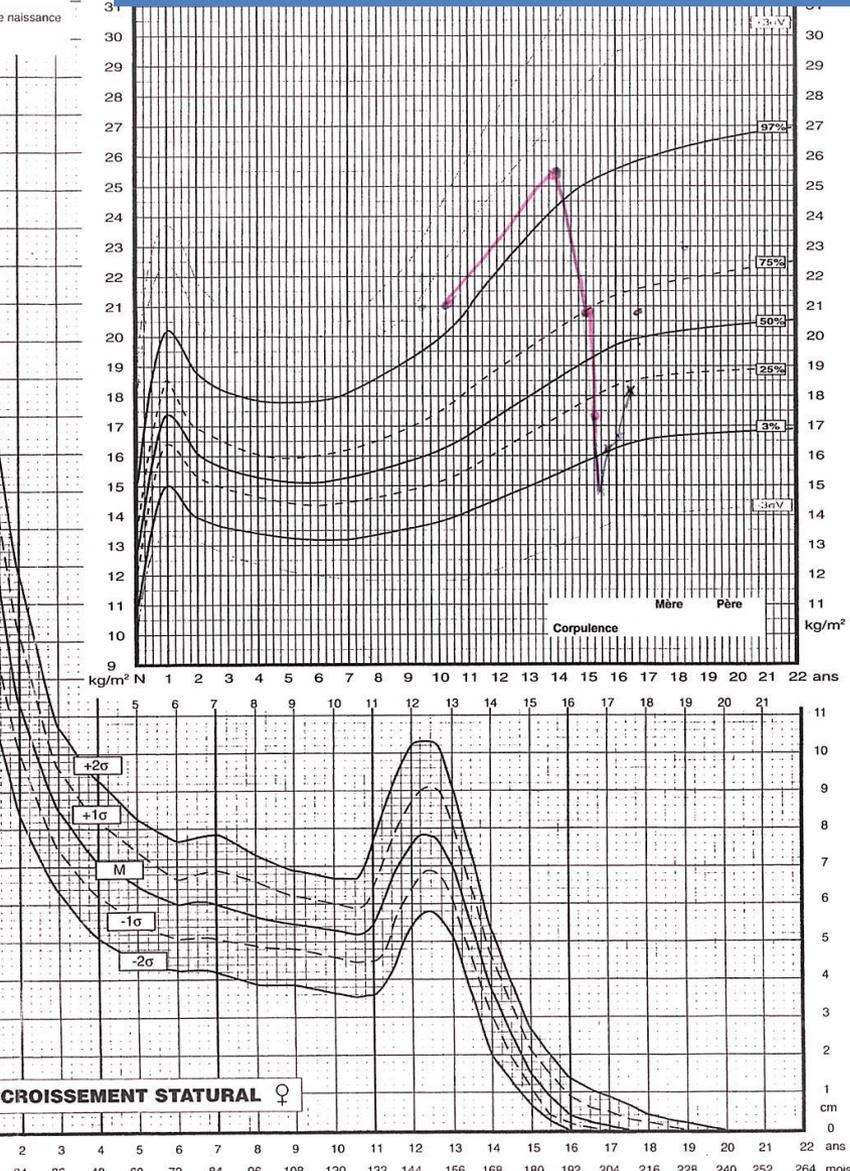
# Un BMI ça rassure faussement !

- *05/2011*: cs endocrinologue adulte pour hirsutisme et aménorrhée (15 ans )

Diane 25 et bilan bio réalisé normal / imc 20 (48kg 1m54) ..

- *07/2011* médecin traitant pour efficacité du tt  
38kg 154 cm tt peu efficace : poursuite imc 17.4

• 2 mois plus tard .. urgences 09/2011 pour malaise  
 35kg BMI 14.8 : perte de 28kg en un an ( soit 40% de son poids initial)



Etude séquentielle 1953 - 1975 - C.E.C.D.E. - Pr M. Sempé - Dr M.-F. Rolland-Cachera pour la Corpulence. Tracés issus du Carnet de Santé et adaptés par les auteurs.  
 Diffusion 97 - MÉDICATIONS - 130, cours Albert-Thomas 69008 LYON Tél. : 04 72 78 01 30 - Fax : 04 72 78 01 39

Indicateurs stathro-pendéaux en fonction de l'âge chronologique : les chaux des poids ne sont pas transposables sans précaution vers ceux des tailles et inversement.  
 Accroissements et Maturation Squelettiques  
 Pr Michel Sempé- 1953 - Paris - Lyon - 1975.  
 Tracés issus du Carnet de Santé et adaptés par l'auteur.  
 En-deçà de  $\pm 3 \sigma$ , zone d'alerte  
 Au-delà de  $\pm 3 \sigma$ , zone d'alarme  
 Chaque fois que la courbe franchit la verticale des années et des mi-années, il est possible de déterminer, au 1/2 cm ou à 200 g près, la valeur théorique par interpolation de la taille ou du poids à ces âges (voir au verso le calcul de l'accroissement statural).  
 MED/COOP

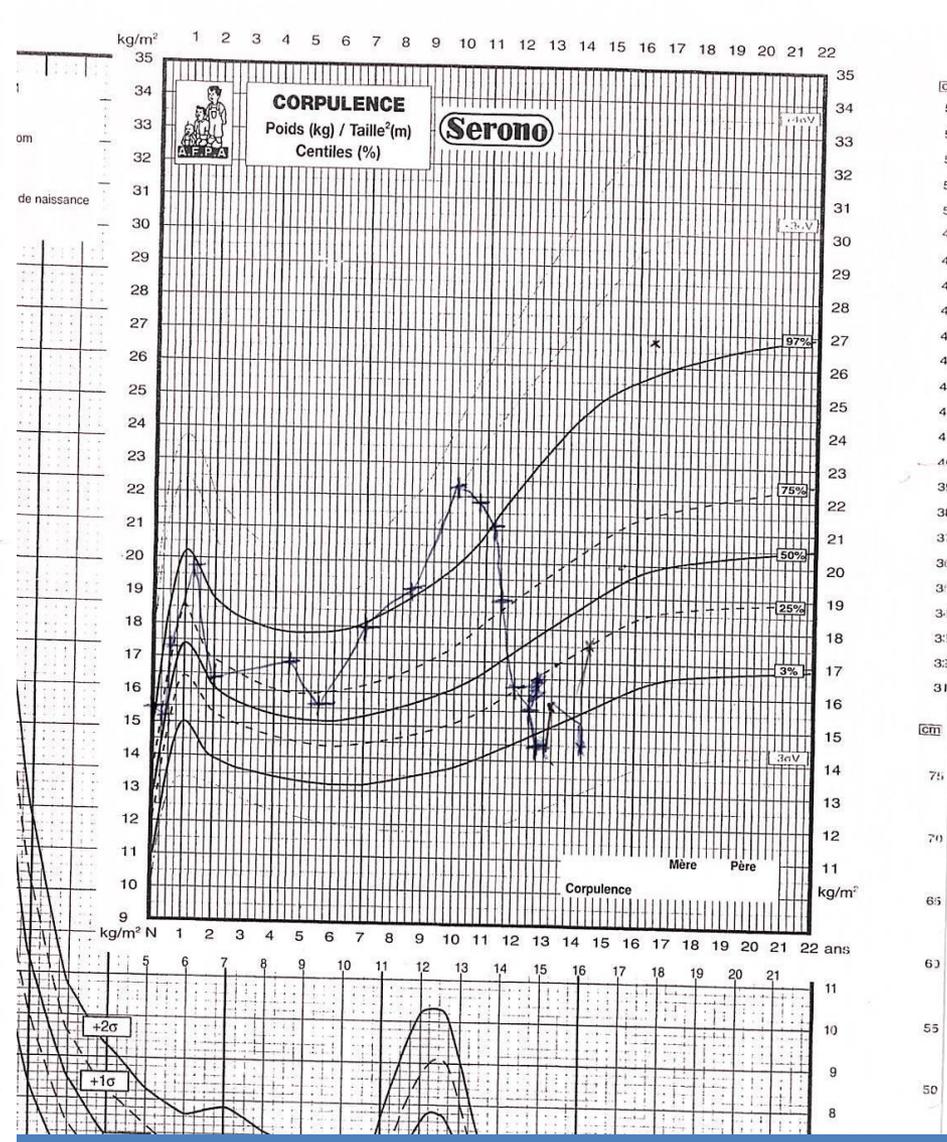
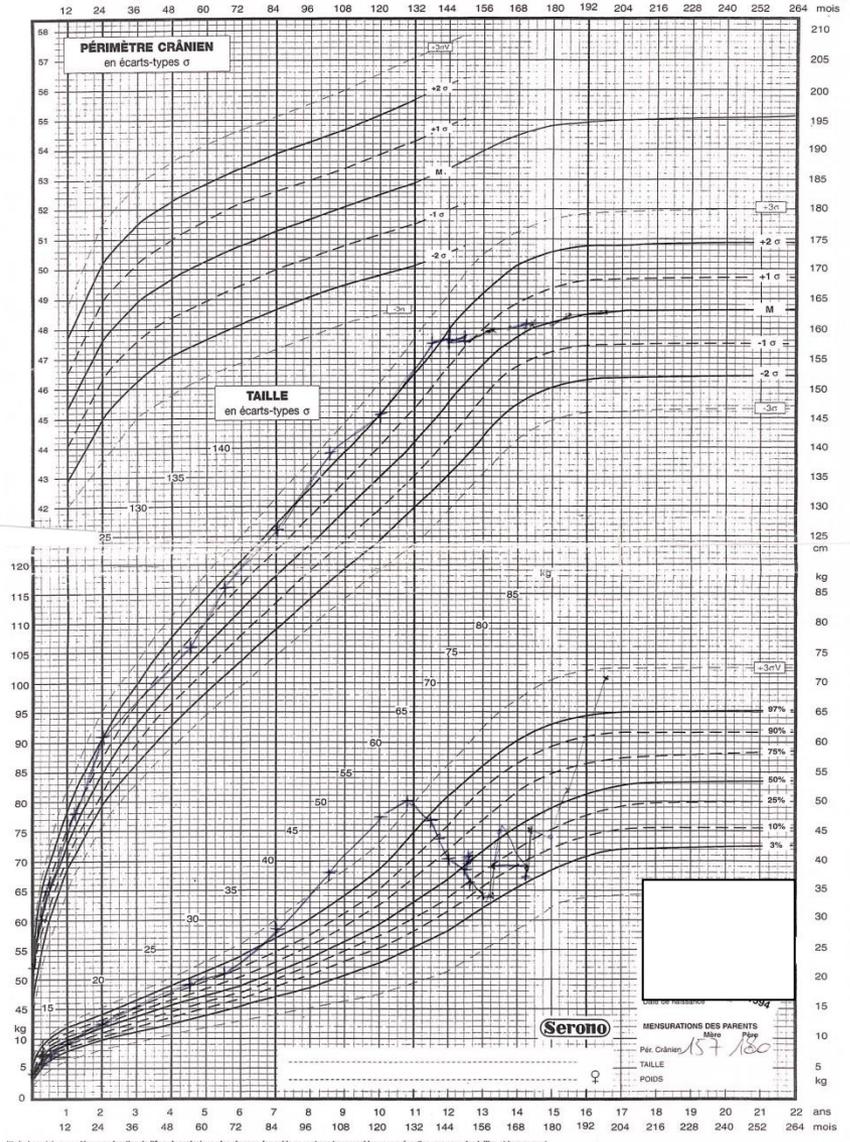
## *Signes pièges*

- Engelures/acrocyanose
- Malaises vagues répétés
- PEC d'obésité ..trop efficace
- Hypertrichose

....

## *« Les petits Signes »*

- *Extrémités froides*
- *Lanugo*
- *Petit œdème malléole*
- *Point d'appui*
- *Ecchymose*
- *Plaie trainante*
- *Peau sèche /cheveux cassants*
- *Bradycardie*
- *Frilosité*
- *Vertiges/ fatigue physique et psychique et scolaire*
- *Triste / trouble humeur/*
- *Perte réseau amical*



Indications relatives pondéraux en fonction de l'âge chronologique : les courbes des poids ne sont pas transposables sans précaution vers ceux des tailles et du tour de tête.

Adapté de la Maturation Épisclérotique  
emp. 1983 - Paris - Lyon - 1975.  
à du Comité de Santé et adaptés par l'auteur.

En-deçà de  $\pm 3 \sigma$ , alarme  
Au-delà de  $\pm 3 \sigma$ , alarme

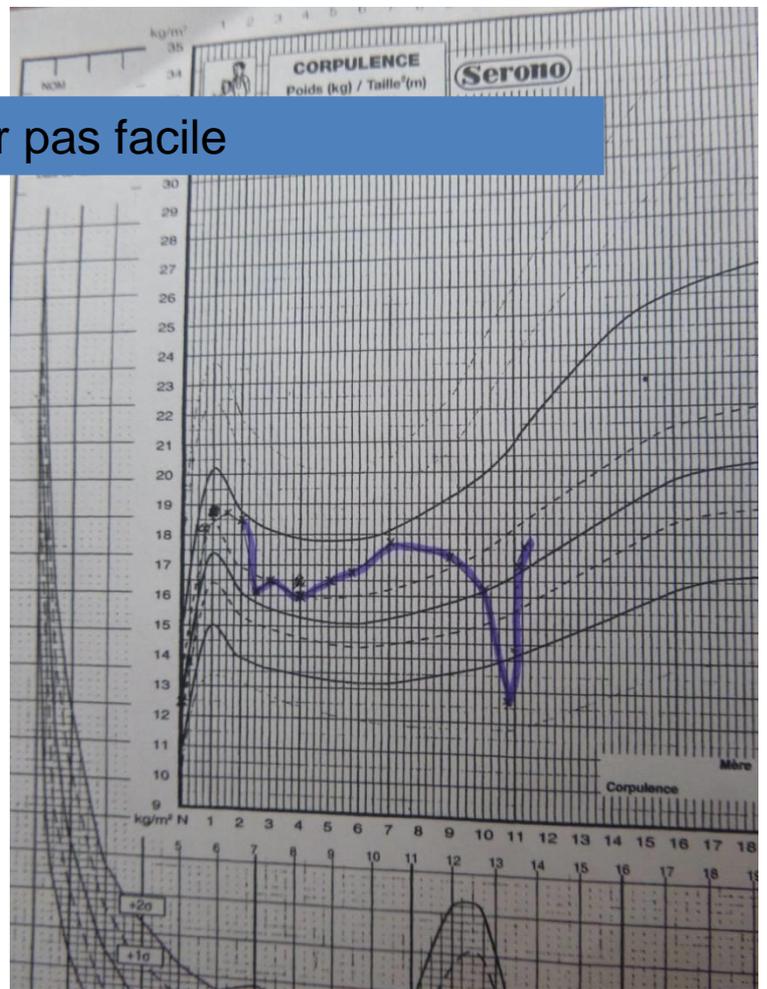
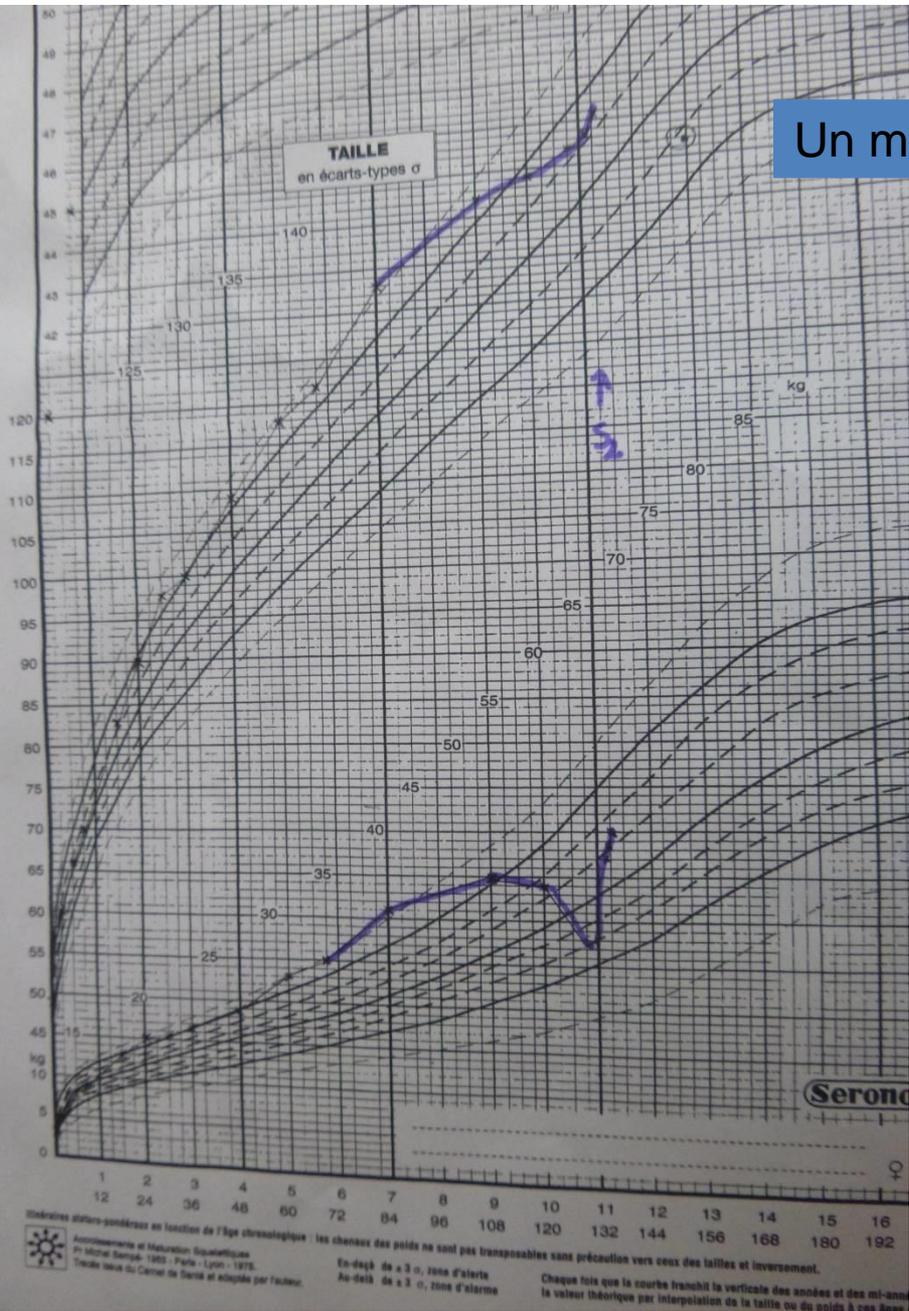
Chaque fois que la courbe franchit la verticale des années et des mois, il est possible de déterminer, au 1/2 cm ou à 200 g près, la valeur théorique par interpolation de la taille ou du poids des égaux (voir au verso le calcul de l'accroissement statural).

MED.ÉPIS.

Un régime très ( trop efficace)  
première année 10kg ( d'un BMI 22à 16) adressée pour aménorrhée



# Un métier pas facile



7 ans petits conseils sur le poids ...ca stabilise mais danger..

## Une personnalité:

Anxieuse  
Tocs  
Perfectionniste  
Pb confiance en soi  
Angoisse séparation

*Mais Pourquoi  
cette maladie docteur ??????*

## Un moment de vie

### «adolescence »

Puberté  
Sexualité  
Devenir adulte  
Séparation des parents ....

## • Facteurs de fragilité

Trauma (50% agression)  
Famille (décès, maladie, divorce..)  
Harcèlement  
Rupture amoureuse  
Difficultés amicales , isolement  
Atcd familiaux Tca  
Sport à catégorie de poids, haut  
niveau

**Maladie « des peurs »**

## DSM-V

### DSM-IV-TR

#### 4 CRITÈRES

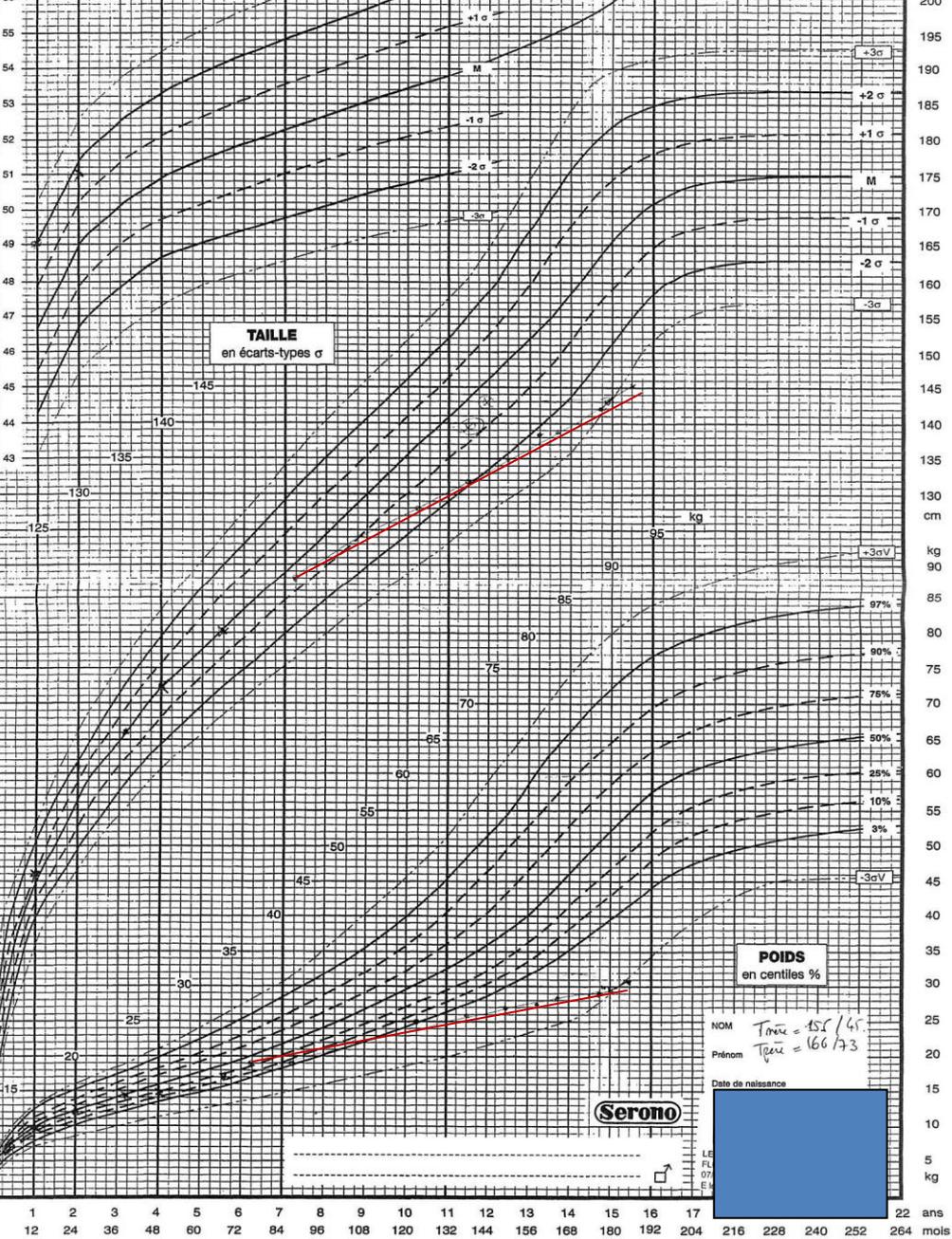
<b>A</b>	Refus de maintenir le poids corporel au niveau ou au-dessus d'un poids minimum normal pour l'âge et pour la taille (i.e., perte de poids conduisant au maintien du poids à moins de 85 % du poids attendu).
<b>B</b>	Peur intense de prendre du poids ou de devenir grosse, alors que le poids est inférieur à la normale.
<b>C</b>	Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou déni de la gravité de la maigreur actuelle.
<b>D</b>	Chez les femmes post-pubères, aménorrhée c.-à-d. absence d'au moins 3 cycles menstruels consécutifs.

#### 3 CRITÈRES

<b>A</b>	Restriction alimentaire, conduisant à un poids corporel significativement bas en fonction de l'âge, du sexe, de la trajectoire développementale ainsi que de la santé physique.
<b>B</b>	Peur intense de prendre du poids ou de devenir grosse, ou comportements persistants allant à l'encontre de la prise de poids, alors que le poids est significativement bas.
<b>C</b>	Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou manque persistant de reconnaître la gravité relative à la maigreur actuelle.

# *Courbe de croissance*

- Aide au diagnostic
- Aide à Fixer les poids objectifs
- Conséquences sur la croissance
- Diagnostics différentiels

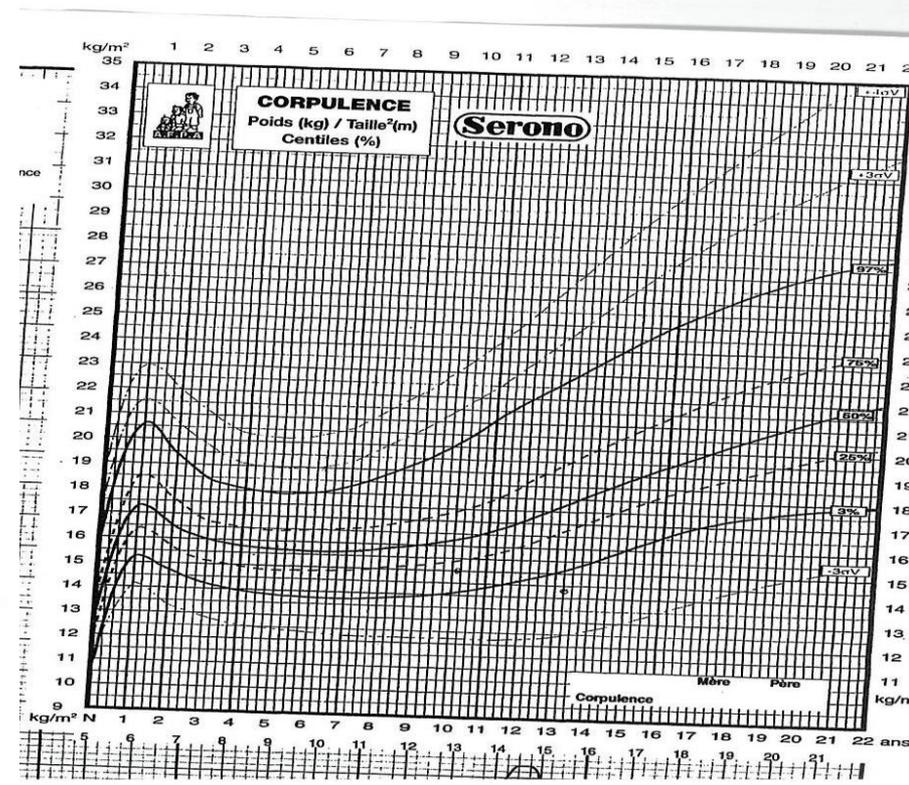


stature-pondéraux en fonction de l'âge chronologique : les chemins des poids ne sont pas transposables sans précaution vers ceux des tailles et inversement.

Accroissement et Maturation Squelettiques  
Pr. H. Sempé - 1953 - Paris - Lyon - 1975.  
Travaux issus du Comité de Santé et adoptés par l'auteur.

En-deçà de  $\pm 3 \sigma$ , zone d'alerte  
Au-delà de  $\pm 3 \sigma$ , zone d'alarme

Chaque fois que la courbe franchit la verticale des années et des mi-années, il est possible de déterminer, au 1/2 cm ou à 200 g près, la valeur théorique par interpolation de la taille ou du poids à ces âges (voir au verso le calcul de l'accroissement statural).



Diagnostic:

TCA

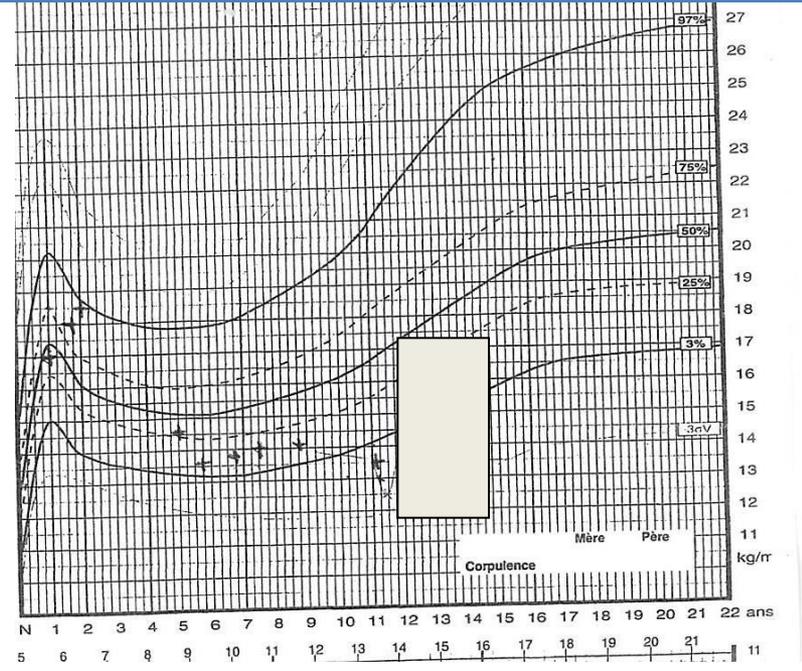
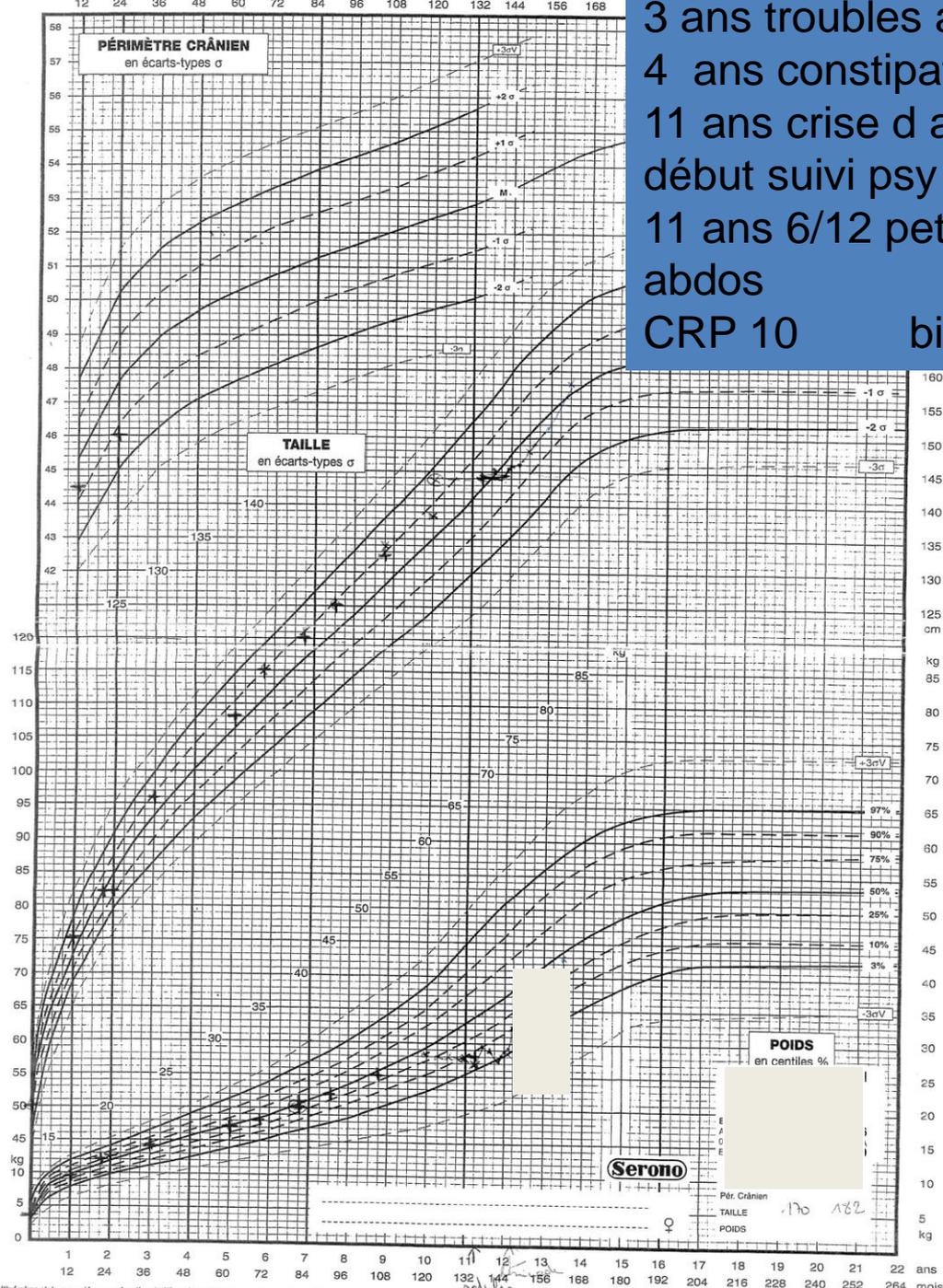
Maladie organique

Autre

## *Tb anxieux*

- 13 ans 4/12
- Cs pour sa taille et un retard pubertaire
- Harcèlement scolaire en primaire et au collège
- Décès GMM
- Angoisse séparation et transport
- Tocs

3 ans troubles anxieux avec pb alimentaires  
 4 ans constipation sévère (lavements)  
 11 ans crise d'angoisse/ colère/ phobie scolaire  
 début suivi psy (suicide oncle)  
 11 ans 6/12 petit appétit de + en + avec tri / nausées/dou  
 abdos  
 CRP 10 bio normal



Diagnostic:  
 TCA  
 Maladie organique  
 Autre

# Maladie de Crohn

- Cs chu pour suspicion de tca: hospi bilan

VS 60

Echo abdo: ADP supra cm

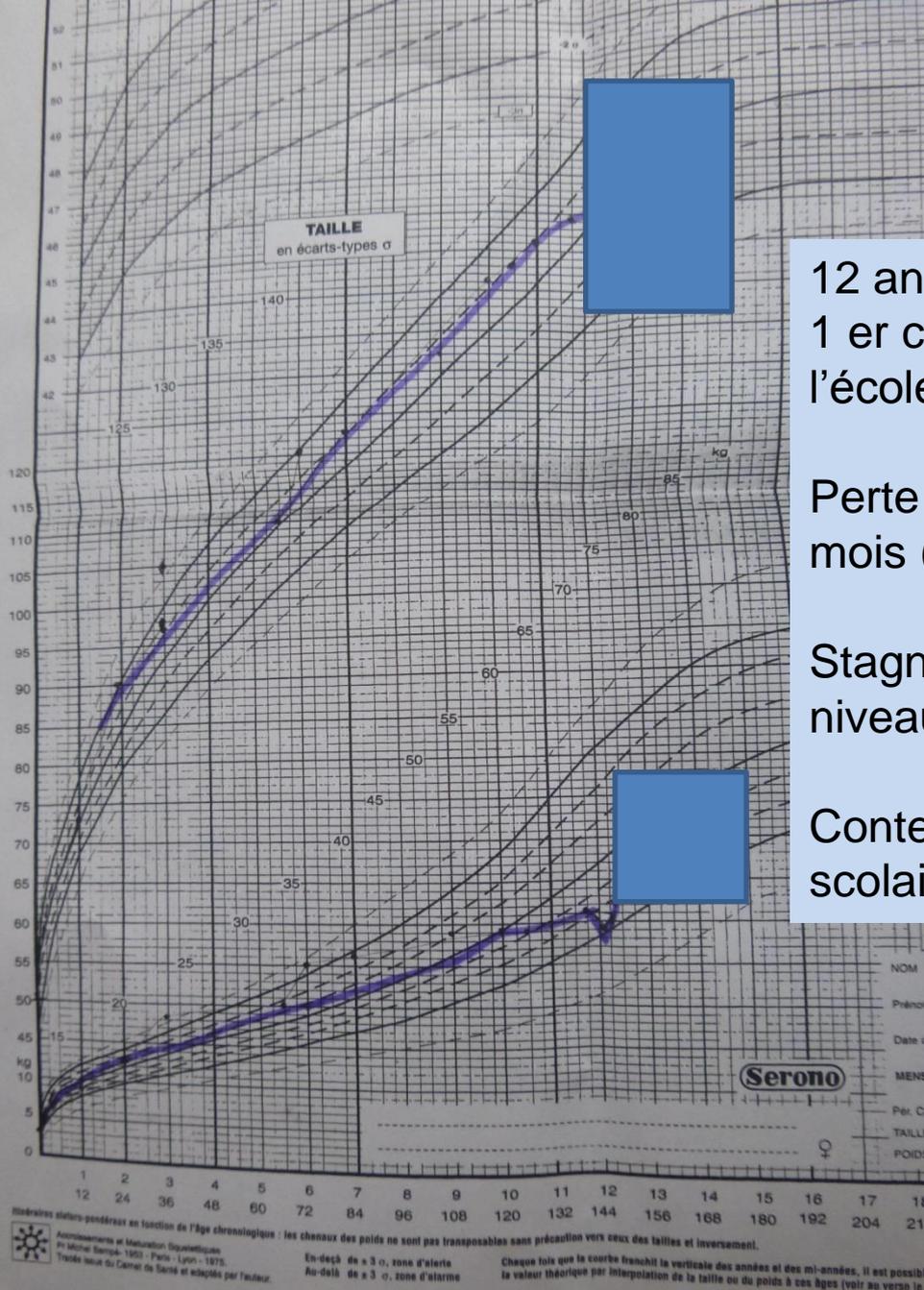
# *Examens complémentaires*

- NFS (*leucopénie/neutropénie/thrombopénie*) PAS ANEMIE
- Ionogramme complet (*insuffisance rénale, hypoglycémie*) ferritine élevée , albumine normale
- Bilan hépatique (*cytolyse*)
- CRP VS
- Anticorps coeliaque
- T4 TSH
- BU
- RP
- Echo abdominopelvienne
- Imagerie cérébrale

*Pas diagnostic hâtif.  
Rechercher un diagnostic différentiel*

- Maladie digestive inflammatoire
- Dépression
- Tb œsophage ( si blocage)
- Tumeur cérébrale
- Maigreur familiale
- « petit mangeur »
- Tb phobique anxieux

Louise ..



12 ans

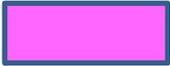
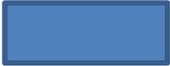
1<sup>er</sup> consultation pour 3 malaises répétés à l'école vers 11h

Perte 3 kilos en 3 mois/ arrêt règles depuis 6 mois ( a eu 3 cycles seulement)

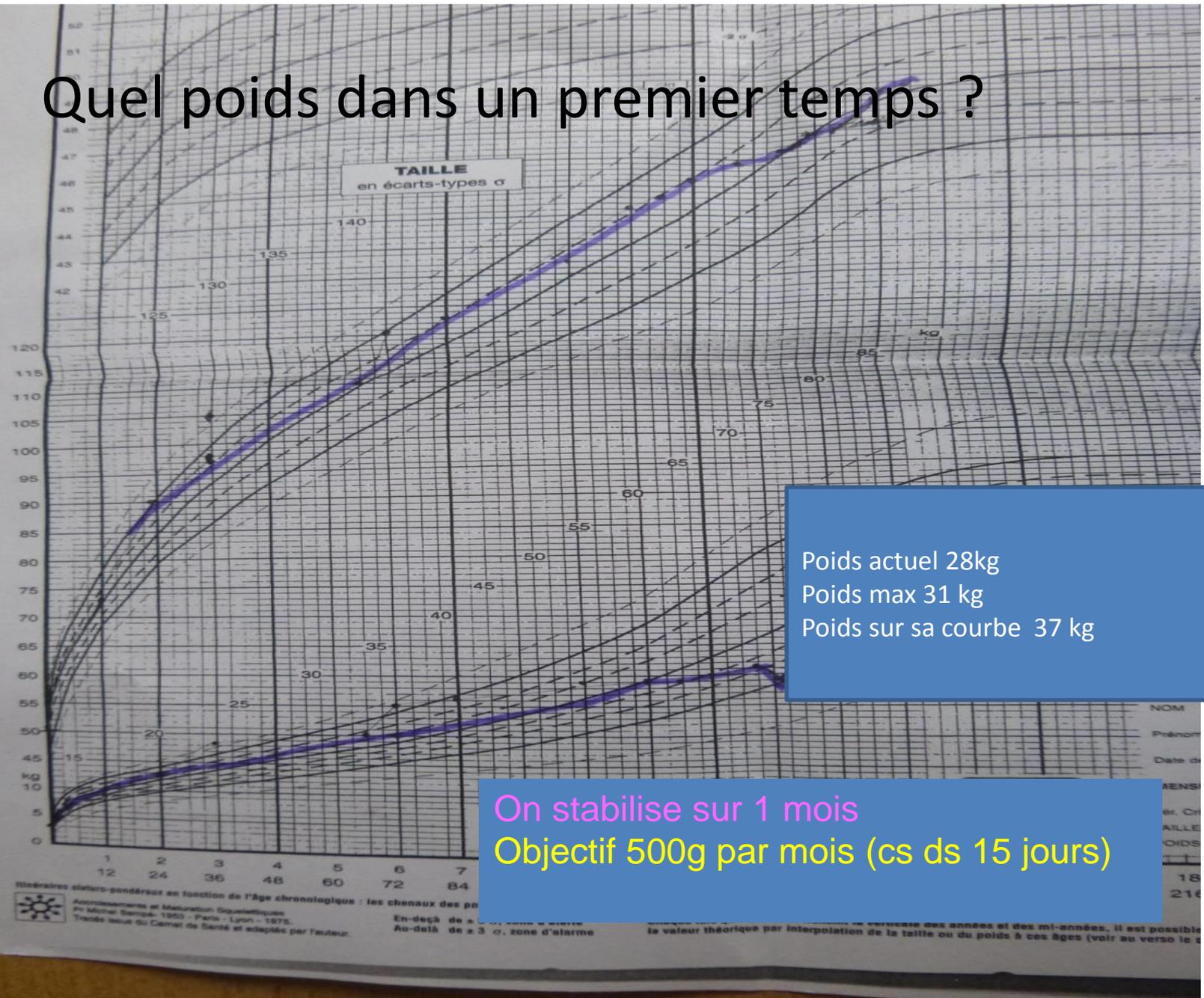
Stagnation depuis 2 ans ( contexte gym haut niveau)

Contexte 6<sup>ème</sup> difficile /5<sup>ème</sup> difficulté scolaire (mauvaise note)

## Qu'allez vous faire ..après avoir éliminer un autre diagnostic?

- Appelez le chu pour un rdv 
- Adresser aux urgences 
- Donner des conseils alimentaires/ de suivi/ de poids 
- Donner un contact psy 

# Quel poids dans un premier temps ?



Poids actuel 28kg  
Poids max 31 kg  
Poids sur sa courbe 37 kg

On stabilise sur 1 mois  
Objectif 500g par mois (cs ds 15 jours)

Statistiques statures-pondérales en fonction de l'âge chronologique : les cheneaux des po  
Accroissements et Maturation Osseuse  
Dr Michel Szwed - 1953 - Paris - Lyon - 1975.  
Tracés issus du carnet de Santé et adaptés par l'auteur.

En-deçà de  $\pm 3 \sigma$  zone d'alarme  
la valeur théorique par interpolation de la taille ou du poids à ces âges (voir au verso le t



# *PRISE EN CHARGE MEDECIN GENERALISTE*

- Diagnostic :
  - \*en plusieurs temps et à plusieurs..(sauf urgence)
  - \*premiers examens complémentaires (diagnostic et « état des lieux »)
- Premiers conseils
- Orientation..vers psy ( oui mais..)
- Accompagnement
- Soutien parents et fratrie

# *PRISE EN CHARGE MEDECIN GENERALISTE*

- **Premiers conseils** « ne pas avoir peur d'être ferme »
  - \* arrêt sport (toujours /immédiatement)
  - \* vitamine D / phosphore
  - \* aménagement scolaire
  - \* conseils alimentaires (4 repas/féculents et laitage..)
  - \* objectifs de poids
  - \* RDV rapprochés

## *Feuille conseils aux parents*

- Pas préparation aux courses et aux repas,
- Les parents choisissent, préparent et servent,
- Pas délai d'attente à table et horaires stables
- Durée du repas limitée (45min-1h maxi)
- Repas en famille (réduite)
- Pas commentaires /pas critiques sur le repas
- Moment de détente et repos ensemble après le repas (1h)

# HAS..oui ..MAIS

## Critères somatiques d'hospitalisation

### Chez l'enfant et l'adolescent

#### Anamnestiques

- Perte de poids rapide : plus de 2 kg/semaine
- Refus de manger : aphagie totale
- Refus de boire
- Lipothymies ou malaises d'allure orthostatique
- Fatigabilité voire épuisement évoqué par le patient

#### Cliniques

- ~~IMC < 14 kg/m<sup>2</sup> au-delà de 17 ans, ou IMC < 13,2 kg/m<sup>2</sup> à 15 et 16 ans, ou IMC < 12,7 kg/m<sup>2</sup> à 13 et 14 ans~~
- Ralentissement idéique et verbal, confusion
- Syndrome occlusif
- Bradycardies extrêmes : pouls < 40/min quel que soit le moment de la journée
- Tachycardie
- Pression artérielle systolique basse (< 80 mmHg)
- PA < 80/50 mmHg, hypotension orthostatique mesurée par une augmentation de la fréquence cardiaque > 20/min ou diminution de la PA > 10-20 mmHg
- Hypothermie < 35,5°C
- Hyperthermie

#### Paracliniques

- Acétonurie (bandelette urinaire), hypoglycémie < 0,6 g/L
- Troubles hydroélectrolytiques ou métaboliques sévères, en particulier : hypokaliémie, hyponatrémie, hypophosphorémie, hypomagnésémie (seuils non précisés chez l'enfant et l'adolescent)
- Élévation de la créatinine (> 100 µmol/L)
- Cytolyse (> 4 x N)
- Leuconéutropénie (< 1 000 /mm<sup>3</sup>)
- Thrombopénie (< 60 000 /mm<sup>3</sup>)

## Critères environnementaux d'hospitalisation

<b>Disponibilité de l'entourage</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Problèmes familiaux ou absence de famille pour accompagner les soins ambulatoires</li><li>• Épuisement familial</li></ul>
<b>Stress environnemental</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Conflits familiaux sévères</li><li>• Critiques parentales élevées</li><li>• Isolement social sévère</li></ul>
<b>Disponibilité des soins</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Pas de traitement ambulatoire possible par manque de structures (impossibilité du fait de la distance)</li></ul>
<b>Traitements antérieurs</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Échec des soins ambulatoires (aggravation ou chronicisation)</li></ul>

## Critères psychiatriques d'hospitalisation

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

# Maladie chronique

- Durée 2 - 6ans
- Etre plusieurs /importance du réseau
- 50 à 60% guérison
- 5 à 15% mortalité à 10 ans ( TS)
- 20 à 30% formes chroniques ( conséquences médicales/pro/scolaires/amicales/psy+++)

# Pour les familles..infos à connaître

- AB44
- Atelier fratrie et groupe fratrie
- Groupe parents MDA
- Barbara groupe d'info

**ANOREXIE - BOULIMIE**  
Info Écoute  
0 810 037 037\*

Service anonyme. \*Prix d'un appel local • 0.06€ la min

**Une ligne téléphonique**  
pour les patients, familles, proches et professionnels...

**entre 16h00 et 18h00, des spécialistes des troubles des conduites alimentaires répondent à vos questions**

Psychologues <b>LUNDI</b>	Associations, de familles et d'usagers <b>MARDI</b>
Médecins <b>JEUDI</b>	Ensemble des spécialistes en alternance <b> VENDREDI</b>

Conception, illustration et impression: ATTE Paris - 01 53 34 52 29

**Île de France** Demain s'invente ici

**l'Assurance Maladie**

**Fondation de France**

**mgen**

**FFAB**  
Fédération Française Anorexie-Bulimie  
Fédération Française Anorexie-Bulimie

**RÉSEAU FRANCILIEN**

<http://www.anorexiebulimie-aifas.fr>

**FNA-TCA**  
<http://fna-tca.org/>

<http://reseautca-idf.org>



# Groupe de parole de fratries d'adolescents suivis pour T.C.A.

Si vous êtes intéressé par ce groupe, vous pouvez prendre contact avec le secrétariat de l'Espace Barbara au **02 40 20 66 40**



**CHU** de Nantes |

Service d'Addictologie du CHU de Nantes - 9 bis rue de Bouillé, 44000 NANTES

**CHU** de Nantes |

**mdo** maison  
des adolescents  
de Loire-Atlantique

## Groupe d'Informations sur les troubles du comportement alimentaire

### A l'intention des patients et de leur entourage

*Le groupe d'information TCA est un temps important au début du parcours de soin permettant d'aborder, avec des professionnels du service, différentes facettes des troubles alimentaires. Il est complémentaire aux entretiens cliniques et à l'évaluation IFAC.*

*Il s'organise autour du visionnage de documents vidéo puis d'un échange en groupe. Des séances à destination des patients ou de leur entourage sont différenciées.*

*C'est un temps fondamental pour commencer à évoquer en présence d'autres personnes touchées, sa situation, dans le respect de la confidentialité et des possibilités de chacun.*

Période de **SEPTEMBRE 2017 à JUILLET 2018** - le lundi de **17 h 30 à 19 h 00**  
(selon planning ci-dessous)

Au Centre de Soins Ambulatoires en Addictologie  
Espace Barbara  
9, bis rue de Bouillé  
44000 NANTES

Lundis			Septembre à Décembre 2017		
04 sept.	Patient	Clinique des troubles du comportement alimentaire			
11 sept.	Entourage	Clinique des troubles du comportement alimentaire			
18 sept.	Patient	Risques physiques des troubles du comportement alimentaire			
25 sept.	Entourage	Risques physiques des troubles du comportement alimentaire			
02 octobre	Patient	Notions de diététique			
09 octobre	Entourage	Notions de diététique			
16 octobre	Patient	Les soins dans le service			
06 novembre	Entourage	Les soins dans le service			
13 novembre	Patient	Témoignages			
20 novembre	Entourage	Témoignages			
27 novembre	Patient	Clinique des troubles du comportement alimentaire			
04 décembre	Entourage	Clinique des troubles du comportement alimentaire			
11 décembre	Patient	Risques physiques des troubles du comportement alimentaire			
18 décembre	Entourage	Risques physiques des troubles du comportement alimentaire			

# Pour les pro



## FFAB

Fédération Française Anorexie Boulimie  
French Federation Anorexia Bulimia  
(anciennement AFDAS-TCA)

## ANNUAIRE NATIONAL DES CENTRES DE SOINS

TROUBLES  
DU COMPORTEMENT  
ALIMENTAIRE

2017

ANOREXIE  
BOULIMIE  
HYPERPHAGIE





## Un film « ma chère anorexie »

Je me dis chaque kilo pris n'est plus à prendre  
Tous les jours c'est difficile de tenir mes efforts car je ne pense qu'à ça

Dès que je prends du poids  
ça me fait très peur  
ça ne va jamais s'arrêter

La tyrannie de l'anorexie ..elle vole tout

Y a tjrs une part de moi qui veut continuer à perdre et vomir dès que j'avale qq chose"