

MISE AU POINT

Recommandations et grands principes thérapeutiques dans les Troubles des Conduites Alimentaires

Iceta Sylvain^{1,2,*}, Guillaume Sébastien³, Bronnec Marie⁴

¹ Centre de Recherche - Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec - Université Laval, Québec, QC G1V 4G5, Canada. School of Nutrition, Laval University, Québec, QC, G1V 0A6, Canada.

² Centre intégré de l'obésité Rhône-Alpes, Fédération hospitalo-universitaire DO-iT, CHU de Lyon, Université Lyon 1, 165 chemin du Grand Revoyet, 69310 Pierre-Bénite, France.

³ Département d'Urgences et Post-Urgences Psychiatriques, Hospital Lapeyronie, Avenue Gaston Giraud, 34295 Montpellier cedex 5, France. INSERM U1061, Université de Montpellier, 34093 Montpellier - Cedex 5, France. s-guillaume@chu-montpellier.fr

⁴ Service d'Addictologie et de Psychiatrie de Liaison, CHU de Nantes. marie.bronnec@chu-nantes.fr

* Correspondance : Dr Sylvain Iceta, Centre de Recherche - Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec - Université Laval, 2725, chemin Sainte-Foy, Québec, (Québec) G1V 4G5 Tél : 418 656-8711, poste 2911 sylvain.iceta.1@ulaval.ca

Résumé : La prise en charge des Troubles du Comportement Alimentaire (TCA) repose sur la multidisciplinarité. Les soins doivent être coordonnés et inclure des aspects somatiques, psychiques (individuels et familiaux), nutritionnels et sociaux. Un axe majeur de la prise en charge reste évidemment la prise en charge psychologique. Celle-ci va varier en fonction du sous type de TCA, de l'âge du patient, du stade de la maladie et des antécédents de prise en charge. Elle visera en premier lieu à favoriser l'adhésion aux soins et l'alliance thérapeutique. Les autres objectifs seront de renforcer la notion de plaisir dans l'alimentation, de questionner les distorsions cognitives et les attitudes dysfonctionnelles, mais aussi un renforcement du « moi » (estime, image et affirmation de soi) et une amélioration des relations interpersonnelles (sociales et familiales). Les approches familiales dans l'anorexie de l'adolescence, la thérapie cognitivo-comportementale et les programmes de « self-help » dans la boulimie et l'hyperphagie boulimique ont démontré le plus haut niveau de preuve quant à leur efficacité. À l'exception de la fluoxétine dans la boulimie, aucun traitement médicamenteux n'a d'indication spécifique en France. L'approche pharmacothérapeutique ne doit jamais être isolée et quand cela est possible, référée aux centres spécialisés. Enfin, la prise en charge des comorbidités est essentielle au succès dans l'accompagnement des patients souffrant de TCA et ne devra pas être reléguée au second plan.

Mots-clés : Anorexie, Boulimie, Hyperphagie Boulimique, Traitement, Multidisciplinarité

Abstract: Eating disorders (ED) management should be based on a multidisciplinary approach. Treatment must be coordinated and involve somatic, psychic (individual and family-oriented), nutritional and social aspects. One major axis of treatment is obviously the psychological care. Treatments will differ according to the age and stage of the disease as well as in or outpatient modalities. At the beginning, it will focus on promoting treatment adherence and therapeutic alliance. Other objectives are to reinforce food pleasure, to address cognitive distortions as well as dysfunctional attitudes, to strengthen the "self" (self-esteem, self-image and self-affirmation) and to improve interpersonal (social and family) relationships. Cognitive-behavioural therapy and self-help programs have demonstrated the highest level of evidence for their effectiveness in ED. Except for fluoxetine in bulimia nervosa, no drug therapy has an indication for ED in France. Pharmacotherapeutic strategies should never be isolated and, if possible, be referred to specialized centers. Finally, comorbidity management is essential to succeed in the treatment of patients suffering from ED and should not be forgotten.

Key-words: Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Binge Eating Disorder, Therapy, Multidisciplinarity

1. INTRODUCTION

Les Troubles du Comportement Alimentaire (TCA) sont des troubles fréquents dont la prise en charge est souvent qualifiée de difficile. Des recommandations globales pour la prise en charge ont été émises par la Haute Autorité de Santé (HAS; Haute Autorité de Santé, 2010, 2019). L'approche multidisciplinaire et coordonnée en est le maître mot. La prise en charge de ces troubles va également varier selon l'âge, les caractéristiques et l'évolution du trouble. Introduction générale

1.1. Principes généraux

Quels que soit le TCA et sa sévérité, des principes communs devront appuyer la prise en charge. Les soins doivent être, si possible, multidisciplinaires et coordonnés, et inclure des aspects somatiques, psychiatriques, psychiques (individuels et familiaux), nutritionnels et sociaux.

Les traitements médicamenteux ne doivent jamais constituer l'axe unique de prise en charge. Leurs indications sont en réalité très limitées dans les TCA en eux-mêmes.

Le dépistage et la prise en charge des comorbidités est un des éléments clés dans le succès de l'accompagnement de patients souffrant de TCA. Cet aspect est discuté dans un autre article de ce numéro spécial (Repérage évaluation et critère de gravité d'un trouble des conduites alimentaires, Iceta S, Bronnec M, Guillaume S, *Alcoologie et Addictologie*, 2020, 42(2) : 27-33). La prise en charge de certaines comorbidités pourra même être un préalable à la prise en charge du TCA à proprement parler. Leurs intrications sont souvent complexes et devront être largement explorées lors de la phase d'évaluation du trouble. Il est indispensable de ne pas stopper la prise en charge une fois la rémission des symptômes cliniques obtenue. Il est recommandé de maintenir celle-ci au moins 12 mois après rémission.

2. ANOREXIE MENTALE

Toute prise en charge doit comporter des aspects somatiques et nutritionnels, en plus de la prise en charge psychiatrique. L'objectif à court terme est de prévenir les complications aiguës liées à la dénutrition. Une vigilance sera portée au syndrome de renutrition inappropriée en cas de mise en place d'une assistance nutritionnelle. Il est préférable de confier cette étape à des équipes spécialisées. À plus long terme, la prise en charge a pour objectif d'atteindre et maintenir un poids et un statut nutritionnel adaptés. Les objectifs pondéraux doivent toujours être discutés avec le patient. Un objectif de +0.5 à +2 kg par mois est souvent proposé (cependant il existe peu d'études pour étayer ces chiffres). Le traitement en milieu hospitalier implique souvent une incitation à la prise alimentaire et peut nécessiter une assistance nutritionnelle par sonde nasogastrique. Ces prises en charge restent encore assez peu standardisées d'une équipe à l'autre en ce qui concerne les profils de patients, l'intensité de la renutrition, l'association avec une prise alimentaire orale, etc. Néanmoins une revue de la littérature suggère une efficacité de ces approches au moins sur le court et moyen terme (Garber et al., 2016). De plus, l'utilisation d'une stratégie d'assistance nutritionnelle entérale au domicile pourrait être une alternative à l'hospitalisation temps complet dans certaines situations (Kells et Kelly-Weeder, 2016). Cependant les indications et les risques (e.g., chronicisations et échappement aux soins) doivent encore être précisés. A noter qu'à l'heure actuelle, la balance bénéfique risque de la pose d'une alimentation nasogastrique en ambulatoire n'a pas été établie.

Un axe majeur de la prise en charge de l'anorexie mentale reste évidemment la prise en charge psychologique. Celle-ci va varier en fonction de l'âge et du stade de la maladie et des modalités d'hospitalisation. A court terme les objectifs seront de favoriser l'adhésion aux soins et l'alliance thérapeutique, et de comprendre et accepter la nécessité de la renutrition. A moyen terme, les objectifs

porteront sur la réintroduction de la notion de plaisir dans l'alimentation, le questionnement des distorsions cognitives et des attitudes dysfonctionnelles, le renforcement du « moi » (estime, image et affirmation de soi) et l'amélioration des relations interpersonnelles (sociales et familiales). La maladie, survenant dans la plupart des cas au moment de l'adolescence, peut venir témoigner d'un achoppement du processus de séparation/individuation. La psychothérapie visera alors à travailler autour de ces enjeux. L'analyse des études randomisées contrôlées suggère que chez l'adulte, les psychothérapies individuelles ont un intérêt, mais aucun type d'approche psychothérapique spécifique n'a montré de supériorité par rapport aux autres (Zeeck et al., 2018). Chez l'adolescent, une prise en charge familiale devrait être systématique selon la HAS, bien que le niveau de preuve dans la littérature soit encore peu élevé (Fisher et al., 2019). De façon congruente, une méta-analyse en réseau portant sur les essais contrôlés, mais également sur études non contrôlées de psychothérapie suggèrent que les approches familiales sont les interventions les mieux validées chez les adolescents. Les méta-analyses les plus récentes tendent à montrer que la psychothérapie pourrait être efficace sur les symptômes des TCA, notamment sur les accès hyperphagiques et purgatifs, mais peu ou pas sur le poids en lui-même (Berg et al., 2019; Grenon et al., 2019). Enfin, sans surprise, dans les facteurs pronostiques d'adhésion à la prise en charge, un IMC plus faible, une motivation moindre et une anorexie mentale de type accès hyperphagiques – purgatifs prédisent plus de rupture de soins et de moins bons résultats (Gregertsen et al., 2019). Dans une approche par grade de l'anorexie, il convient de distinguer deux stades particuliers du trouble (Treasure et al., 2015). Le premier concerne les débuts de prise en charge où il existe une forte ambivalence vis à vis du trouble et où les approches motivationnelles ont un intérêt majeur. Cet aspect est aussi discuté dans un autre article de ce numéro spécial (Approche motivationnelle des conduites de restriction alimentaires - Place du contre-engagement ciblé sur les mécanismes egosyntoniques de maintien du trouble des conduites alimentaires : Vignau S, *Alcoologie et Addictologie*, 2020, 42(TCA) : 51-66). L'autre porte sur les anorexies sévères et résistantes, souvent définies comme des troubles évoluant depuis plus de 8 à 10 ans et ayant mal répondu aux prises en charge. Traiter ces patients avec des objectifs similaires à ceux d'une anorexie en début de prise en charge (objectif de guérison du trouble) aboutit à un épuisement du patient et des soignants. Une approche d'accompagnement d'une maladie chronique et de « réduction des risques » est plus efficiente, avec des objectifs de soins se concentrant principalement sur la qualité de vie et le fonctionnement du patient en plus de la gestion des complications somatiques et des comorbidités (Treasure et al., 2015).

Sur le plan pharmacologique, aucun traitement psychotrope à ce jour n'a montré son efficacité dans l'anorexie mentale avec un niveau de preuve suffisant pour le recommander en pratique clinique (Blanchet et al., 2019; Mitchell & Peterson, 2020) et pourtant en pratique clinique ces médicaments sont très largement prescrits. Rappelons qu'en l'absence de comorbidités spécifiques, le recours aux benzodiazépines n'est pas recommandé. En effet, celles-ci ont montré leur inefficacité (Blanchet et al., 2019), voire leur dangerosité du fait du risque de mésusage (Garner et al., 2016). Certains psychotropes font l'objet d'une littérature plus contrastée, notamment l'olanzapine. Cette dernière pourrait avoir un intérêt en cas de haut niveau d'anxiété ou d'impulsivité et chez des patients présentant un trouble d'évolution chronique (Attia et al., 2019; Himmerich et al., 2020). Les antipsychotiques ne doivent pas être utilisés pour faire prendre du poids à l'insu du patient. Ce type de prescription est hors indication et doit être réservé aux équipes spécialisées. La présence d'une ou plusieurs comorbidités peut justifier la prescription d'un traitement psychotrope. En effet, traiter ces troubles pourrait faciliter la prise en charge de l'anorexie mentale et augmenter la qualité de vie. (Blanchet et al., 2019). Les comorbidités les plus fréquentes à rechercher et prendre en charge sont : les épisodes dépressifs, les troubles anxieux, les troubles obsessionnels compulsifs (TOC). De plus, il est important d'explorer lors du bilan si les symptômes, notamment anxieux et dépressifs, ne sont pas liés à la dénutrition plus qu'à une réelle comorbidité psychiatrique. Les règles de prescription sont les mêmes qu'en dehors de la présence d'une anorexie mentale, en gardant en tête qu'un poids anormalement bas diminue l'efficacité et majore le risque iatrogène. Dans le cas de formes à accès purgatif, les patients devront être informés de la nécessité de prendre les traitements à distance d'éventuels vomissements.

Au-delà de ces traitements, l'utilisation d'approche par neuromodulation s'est développée (notamment stimulation cérébrale profonde). Pour des raisons éthiques évidentes, elle ne concerne uniquement que des patients avec une forme d'anorexie sévère chronique et résistante. Les 2 sites de stimulation actuellement ciblés sont le nucleus accumbens sur le rationnel d'une dysrégulation du système de récompense dans l'anorexie et le cortex cingulaire subgénéral du fait des éléments obsessionnels et compulsifs retrouvés dans l'anorexie. Les premiers résultats sont encourageants et ouvrent des perspectives thérapeutiques majeures chez ces patients présentant un trouble sévère et chronique pour lesquels les cliniciens sont souvent en échec thérapeutique (Duriez et al., 2020).

3. BOULIMIE

Pour les patients souffrant de boulimie, l'objectif prioritaire est en général d'arrêter les crises de boulimie (ou du moins en diminuer la fréquence et/ou l'intensité) et d'en réduire les risques et les dommages. La prise en charge cherchera aussi à améliorer les attitudes vis-à-vis de l'alimentation, de la silhouette et du poids. Une attention particulière sera portée sur la gestion des complications somatiques associées. La prise en charge débute souvent par la mise en place de règles hygiéno-diététiques adaptées. En effet, la majorité des crises de boulimie sont induites par une restriction alimentaire, secondaire aux crises de boulimie antérieures, à des préoccupations corporelles excessives ou à une dysrégulation émotionnelle. Briser ce cercle vicieux est un élément clé de la réussite dans la prise en charge. Le travail d'accompagnement sera progressif et portera sur la reprise d'un rythme alimentaire régulier au cours de la journée. Des conseils sur la gestion des vomissements et des laxatifs sont indispensables. Dans cette même perspective de réduction des risques et des dommages. On préconisera notamment de différer le brossage dentaire après les accès purgatifs et de préférer un bain de bouche au bicarbonate de soude. L'éducation autour des symptômes d'hypokaliémie secondaire aux vomissements est indispensable et la remise d'une ordonnance pour une kaliémie en urgence est fortement recommandée. Le traitement le mieux validé dans la boulimie nerveuse est la thérapie cognitivo-comportementale (TCC; Svaldi et al., 2019). Quand elle est disponible, elle devrait être proposée systématiquement. Dans le cas contraire, les programmes de « self-help », au moyen de livres, d'applications ou de sites internet, peuvent être proposés avec des résultats intéressants (Slade et al., 2018; Svaldi et al., 2019). En effet, ces programmes ont montré leur efficacité notamment dans les premiers stades de la maladie et lorsqu'ils sont accompagnés (i.e., par un professionnel de santé; Treasure et al., 2020). Les autres approches psychothérapeutiques possibles sont les thérapies interpersonnelles et les thérapies familiales chez l'adolescent. D'autres psychothérapies, et notamment les TCC de troisième vague sont actuellement en évaluation.

La prise en charge des patients souffrant de boulimie peut également comporter un volet pharmacologique, tout particulièrement dans les formes sévères ou lorsque les soins psychothérapeutiques sont difficiles d'accès. Si tous les ISRS ont théoriquement une efficacité (Bacaltchuk & Hay, 2003), la fluoxétine est de loin la molécule la plus étudiée. Elle est d'ailleurs en France la seule à avoir l'indication (i.e., l'Autorisation de Mise sur le Marché) dans ce trouble. Il existe une efficacité supérieure au placebo sur le court terme. Cependant, le maintien de la réponse sur le long terme reste à établir (Svaldi et al., 2019). La posologie doit être supérieure à celle utilisée dans la dépression et en instauration progressive par palier de 20 mg. La dose cible de fluoxétine est de 40 à 60 mg/jour. La réévaluation de l'efficacité et de la tolérance doit être réalisée à chaque palier et avant chaque augmentation de dose. Bien sûr, comme dans les formes purgatives d'anorexie mentale, il est nécessaire de préciser aux patients que leur médicament doit être pris bien loin des épisodes de purge pour qu'il soit absorbé. Le schéma de diminution est conforme à celui utilisé dans les troubles de l'humeur.

À ce jour, aucun autre traitement n'a d'indication en France dans la boulimie nerveuse. Cependant, le topiramate peut parfois être utilisé par certaines équipes spécialisées dans les TCA et après échec d'autres alternatives (Haute Autorité de Santé, 2019). En effet, le topiramate aurait une action anti-craving, documenté dans plusieurs addictions (Himmerich & Treasure, 2018). La posologie de réponse est très variable (100 et 600 mg/j). Une limite majeure de l'utilisation de ce traitement est ses nombreux effets secondaires, tant au niveau psychiatrique (majoration des troubles anxio-dépressifs, troubles cognitifs et mnésiques) que somatique (perte de poids liée à l'aggravation des comportements restrictifs, fatigue). D'autres molécules ont été proposées à visée anti-craving. Ainsi, la naltrexone a été testée dans plusieurs séries de cas avec des posologies souvent supérieures à 200 mg/j (Stancil et al., 2019). Ces études suggèrent des résultats intéressants et une bonne tolérance. Néanmoins, des études complémentaires sont nécessaires avant de se prononcer sur l'intérêt réel de la naltrexone per os ou de la naloxone en intra-nasal (McElroy et al., 2019; Stancil et al., 2019).

4. HYPERPHAGIE BOULIMIQUE

L'hyperphagie boulimique n'ayant été identifiée comme un TCA à part entière que dans le DSM-5, les recommandations pour la prise en charge sont moins documentées. Les principes généraux, les objectifs thérapeutiques et les règles d'utilisation des médicaments sont globalement similaires à ceux de la boulimie. La vision « addictologique » des soins y occupe une place importante. Comme pour l'anorexie mentale et la boulimie, la recherche et le traitement des comorbidités psychiatriques sera un élément essentiel de la prise en charge.

Lors de l'initiation de la prise en charge, il est d'important d'expliquer au patient que le traitement de l'hyperphagie boulimique n'a pas pour objectif la perte de poids et que se fixer un tel objectif conduit à un risque accru d'échec de la prise en charge (voire d'aggravation du trouble). Les objectifs de la prise en charge sont avant tout d'arrêter les accès hyperphagiques, d'améliorer les attitudes vis-à-vis de la silhouette et du poids et gérer les affects anxio-dépressifs associés aux troubles. Il faudra également stimuler la motivation à s'engager dans un traitement multidisciplinaire. Cela est d'autant plus important que la stigmatisation et l'errance diagnostique sont importantes avant la prise en charge. Une partie de la prise en charge cherchera également à restaurer des habitudes alimentaires saines, tant sur le plan des apports alimentaires que sur le mode de consommation. Les autres objectifs de la prise en charge seront d'encourager les patients à faire évoluer leurs pensées, attitudes, motivations, conflits et sentiments dysfonctionnels liés au trouble alimentaire, traiter les troubles émotionnels et les dimensions qui y sont associés et améliorer les compétences interpersonnelles et sociales. Chez les adolescents et les jeunes adultes, il faudra obtenir le soutien de la famille, offrir une guidance parentale et une thérapie familiale dans le cadre des soins mis en place.

Comme dans la boulimie, une première approche par self help a montré son utilité, particulièrement quand elle est accompagnée (Treasure et al., 2020).

Le traitement psychothérapeutique le mieux validé est la TCC avec une efficacité prolongée dans le temps (Hilbert et al., 2019). Les approches de type pleine présence, aussi appelées pleine conscience ou *mindfulness*, semblent aussi des approches thérapeutiques prometteuses dans le domaine. Elles apportent une perspective dimensionnelle en ciblant notamment l'alimentation émotionnelle, l'alimentation externe, les accès hyperphagiques et les préoccupations autour du poids et de la forme (Yu et al., 2020).

Sur le plan pharmacologique, les ISRS (principalement la fluoxétine) ont montré leur efficacité sur la réduction des crises et des affects dépressifs associés au trouble (Brownley et al., 2016; Hilbert et al., 2019). Les modalités de prescription sont identiques à celles de la boulimie. À noter que contrairement à la

boulimie, la fluoxétine n'a pas d'indication dans l'hyperphagie boulimique, mais que l'HAS autorise sa prescription dans l'hyperphagie boulimique « comme traitement de deuxième ligne, toujours en combinaison avec une prise en charge psychologique et multidisciplinaire ».

Le topiramate a également bénéficié d'une évaluation dans le cadre de plusieurs essais contrôlés. À l'image des études dans la boulimie, le topiramate a montré son intérêt pour réduire les accès hyperphagiques, les obsessions corporelles et pondérales. Les effets secondaires retrouvés sont les mêmes que dans la boulimie, auxquels s'ajoute un risque de mésusage important, notamment à visée de perte pondérale. Le niveau de preuve actuel ne permet pas d'indiquer ce traitement en première ligne (Nourredine et al., 2020) et sa prescription devrait être réservée aux centres spécialisés.

La lisdexamphétamine (LDX) est un dérivé amphétamine, initialement utilisé dans le TDA/H, qui a obtenu une indication dans le traitement de l'hyperphagie boulimique modéré à sévère dans plusieurs pays (mais pas en France). Son efficacité est de plus en plus documentée (Hilbert et al., 2019; Peat et al., 2017) avec un profil de tolérance similaire à celui établi dans le TDA/H. Il pourrait s'agir d'une alternative intéressante, mais son développement sur le marché français n'est actuellement pas prévu.

Avec un rationnel d'utilisation basé sur son action anti-craving, des prescriptions de baclofène dans l'hyperphagie boulimique ont commencé à émerger en France depuis une dizaine d'années. En dépit d'un rationnel séduisant, les preuves soutenant l'utilisation du baclofène dans l'hyperphagie boulimique sont très limitées. En raison d'une balance bénéfique risque incertaine (Ricoux et al., 2019), l'HAS recommande de ne pas utiliser le baclofène dans le traitement de l'hyperphagie boulimique hors protocole de recherche.

Plusieurs autres molécules ont été évaluées, et notamment celles impliquées dans la perte de poids, mais qui n'ont jamais présenté une balance efficacité-tolérance justifiant leur utilisation en pratique clinique, telles que l'orlistat (un inhibiteur de la lipase utilisé dans l'obésité). Enfin, plusieurs combinaisons de molécules sont actuellement à l'étude comme un agoniste du glucagon-like peptide (GLP-1) ou les combinaisons phentermine-topiramate et bupropion-naltrexone (Carbone et al., 2020).

5. CONCLUSION

Les troubles du comportement alimentaire sont des troubles fréquents et sévères dont les modalités de prise en charge actuelle sont plutôt du côté des psychothérapies. Cependant leur efficacité est incertaine et leur accès limité. Les techniques de « *self-helped* » sont alors une alternative intéressante. Les solutions médicamenteuses sont limitées et ne doivent pas être isolées. La prise en charge par des équipes spécialisées doit être privilégiée qui pourront alors se positionner en appui des professionnels de première ligne.

Liens d'intérêt : Les auteurs déclarent n'avoir aucun de liens d'intérêts existant et ayant pu influencer les données de la présente publication.

Citation : Recommandations et grands principes thérapeutiques dans les Troubles des Conduites Alimentaires, Iceta S, Guillaume S, Bronnec M, Alcoologie et Addictologie, 2020, 42(TCA) : 43-50

6. REFERENCES

1. Attia, E., Steinglass, J. E., Walsh, B. T., Wang, Y., Wu, P., Schreyer, C., Wildes, J., Yilmaz, Z., Guarda, A. S., Kaplan, A. S., & Marcus, M. D. (2019). Olanzapine Versus Placebo in Adult Outpatients With Anorexia Nervosa: A Randomized Clinical Trial. *American Journal of Psychiatry*, 176(6), 449-456. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.18101125>
2. Bacaltchuk, J., & Hay, P. (2003). Antidepressants versus placebo for people with bulimia nervosa. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, CD003391. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003391>
3. Berg, E. van den, Houtzager, L., Vos, J. de, Daemen, I., Katsaragaki, G., Karyotaki, E., Cuijpers, P., & Dekker, J. (2019). Meta-analysis on the efficacy of psychological treatments for anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 27(4), 331-351. <https://doi.org/10.1002/erv.2683>
4. Blanchet, C., Guillaume, S., Bat-Pitault, F., Carles, M.-E., Clarke, J., Dodin, V., Duriez, P., Gerardin, P., Hanachi-Guidoum, M., Iceta, S., Leger, J., Segrestin, B., Stheneur, C., & Godart, N. (2019). Medication in AN: A Multidisciplinary Overview of Meta-Analyses and Systematic Reviews. *Journal of Clinical Medicine*, 8(2), 278. <https://doi.org/10.3390/jcm8020278>
5. Brownley, K. A., Berkman, N. D., Peat, C. M., Lohr, K. N., Cullen, K. E., Bann, C. M., & Bulik, C. M. (2016). Binge-Eating Disorder in Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. *Annals of Internal Medicine*, 165(6), 409. <https://doi.org/10.7326/M15-2455>
6. Carbone, E. A., Caroleo, M., Rania, M., Calabrò, G., Staltari, F. A., de Filippis, R., Aloï, M., Condoleo, F., Arturi, F., & Segura-Garcia, C. (2020). An open-label trial on the efficacy and tolerability of naltrexone/bupropion SR for treating altered eating behaviours and weight loss in binge eating disorder. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. <https://doi.org/10.1007/s40519-020-00910-x>
7. Duriez, P., Bou Khalil, R., Chamoun, Y., Maatoug, R., Strumila, R., Seneque, M., Gorwood, P., Courtet, P., & Guillaume, S. (2020). Brain Stimulation in Eating Disorders: State of the Art and Future Perspectives. *Journal of Clinical Medicine*, 9(8). <https://doi.org/10.3390/jcm9082358>
8. Fisher, C. A., Skocic, S., Rutherford, K. A., & Hetrick, S. E. (2019). Family therapy approaches for anorexia nervosa. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5, CD004780. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004780.pub4>
9. Garber, A. K., Sawyer, S. M., Golden, N. H., Guarda, A. S., Katzman, D. K., Kohn, M. R., Le Grange, D., Madden, S., Whitelaw, M., & Redgrave, G. W. (2016). A systematic review of approaches to refeeding hospitalized patients with anorexia nervosa. *The International Journal of Eating Disorders*, 49(3), 293-310. <https://doi.org/10.1002/eat.22482>
10. Garner, D. M., Anderson, M. L., Keiper, C. D., Whyntott, R., & Parker, L. (2016). Psychotropic medications in adult and adolescent eating disorders: Clinical practice versus evidence-based recommendations. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 21(3), 395-402. <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0253-0>
11. Gregertsen, E. C., Mandy, W., Kanakam, N., Armstrong, S., & Serpell, L. (2019). Pre-treatment patient characteristics as predictors of drop-out and treatment outcome in individual and family therapy for adolescents and adults with anorexia nervosa: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 271, 484-501. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.11.068>
12. Grenon, R., Carlucci, S., Brugnera, A., Schwartz, D., Hammond, N., Ivanova, I., McQuaid, N., Proulx, G., & Tasca, G. A. (2019). Psychotherapy for eating disorders: A meta-analysis of direct comparisons. *Psychotherapy Research: Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 29(7), 833-845. <https://doi.org/10.1080/10503307.2018.1489162>
13. Haute Autorité de Santé. (2010). Anorexie mentale: Prise en charge.
14. Haute Autorité de Santé. (2019). Boulimie et hyperphagie boulimique: Repérage et éléments généraux de prise en charge (p. 88).
15. Hilbert, A., Petroff, D., Herpertz, S., Pietrowsky, R., Tuschen-Caffier, B., Vocks, S., & Schmidt, R. (2019). Meta-analysis of the efficacy of psychological and medical treatments for binge-eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87(1), 91-105. <https://doi.org/10.1037/ccp0000358>
16. Himmerich, H., Kan, C., Au, K., & Treasure, J. (2020). Pharmacological treatment of eating disorders, comorbid mental health problems, malnutrition and physical health consequences. *Pharmacology & Therapeutics*, 107667. <https://doi.org/10.1016/j.pharmthera.2020.107667>
17. Himmerich, H., & Treasure, J. (2018). Psychopharmacological advances in eating disorders. *Expert Review of Clinical Pharmacology*, 11(1), 95-108. <https://doi.org/10.1080/17512433.2018.1383895>
18. Kells, M., Kelly-Weeder, S., 2016. Nasogastric Tube Feeding for Individuals With Anorexia Nervosa: An Integrative Review. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*, 22, 449-468. <https://doi.org/10.1177/1078390316657872>
19. McElroy, S. L., Guerdjikova, A. I., Mori, N., & Romo-Nava, F. (2019). Progress in Developing Pharmacologic Agents to Treat Bulimia Nervosa. *CNS Drugs*, 33(1), 31-46. <https://doi.org/10.1007/s40263-018-0594-5>
20. Mitchell, J. E., & Peterson, C. B. (2020). Anorexia Nervosa. *New England Journal of Medicine*, 382(14), 1343-1351. <https://doi.org/10.1056/NEJMc1803175>
21. Nourredine, M., Jurek, L., Auffret, M., Iceta, S., Grenet, G., Kassai, B., Cucherat, M., & Rolland, B. (2020). Efficacy and safety of topiramate in binge eating disorder: A systematic review and meta-analysis. *CNS Spectrums*, 1-22. <https://doi.org/10.1017/S1092852920001613>
22. Peat, C. M., Berkman, N. D., Lohr, K. N., Brownley, K. A., Bann, C. M., Cullen, K., Quattlebaum, M. J., & Bulik, C. M. (2017). Comparative Effectiveness of Treatments for Binge-Eating Disorder: Systematic Review and Network Meta-Analysis. *European Eating Disorders Review: The Journal of the Eating Disorders Association*, 25(5), 317-328. <https://doi.org/10.1002/erv.2517>

23. Ricoux, O., Carton, L., Ménard, O., Deheul, S., Gautier, S., Bordet, R., & Cottencin, O. (2019). Acute Psychosis Related to Baclofen in a Patient Treated for Binge Eating Disorder Highlights the Urgent Need to Regulate Off-Label Prescriptions: *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 39(3), 282-284. <https://doi.org/10.1097/JCP.0000000000001044>
24. Slade, E., Keeney, E., Mavranzouli, I., Dias, S., Fou, L., Stockton, S., Saxon, L., Waller, G., Turner, H., Serpell, L., Fairburn, C. G., & Kendall, T. (2018). Treatments for bulimia nervosa: A network meta-analysis. *Psychological Medicine*, 48(16), 2629-2636. <https://doi.org/10.1017/S0033291718001071>
25. Stancil, S. L., Adelman, W., Dietz, A., & Abdel-Rahman, S. (2019). Naltrexone Reduces Binge Eating and Purging in Adolescents in an Eating Disorder Program. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 29(9), 721-724. <https://doi.org/10.1089/cap.2019.0056>
26. Svaldi, J., Schmitz, F., Baur, J., Hartmann, A. S., Legenbauer, T., Thaler, C., von Wietersheim, J., de Zwaan, M., & Tuschen-Caffier, B. (2019). Efficacy of psychotherapies and pharmacotherapies for Bulimia nervosa. *Psychological Medicine*, 49(6), 898-910. <https://doi.org/10.1017/S0033291718003525>
27. Treasure, J., Duarte, T. A., & Schmidt, U. (2020). Eating disorders. *The Lancet*, 395(10227), 899-911. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30059-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30059-3)
28. Treasure, J., Stein, D., & Maguire, S. (2015). Has the time come for a staging model to map the course of eating disorders from high risk to severe enduring illness? An examination of the evidence. *Early Intervention in Psychiatry*, 9(3), 173-184. <https://doi.org/10.1111/eip.12170>
29. Yu, J., Song, P., Zhang, Y., & Wei, Z. (2020). Effects of Mindfulness-Based Intervention on the Treatment of Problematic Eating Behaviors: A Systematic Review. *Journal of Alternative and Complementary Medicine (New York, N.Y.)*, 26(8), 666-679. <https://doi.org/10.1089/acm.2019.0163>
30. Zeeck, A., Herpertz-Dahlmann, B., Friederich, H.-C., Brockmeyer, T., Resmark, G., Hagenah, U., Ehrlich, S., Cuntz, U., Zipfel, S., & Hartmann, A. (2018). Psychotherapeutic Treatment for Anorexia Nervosa: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00158>