

## MISE AU POINT

# Repérage, évaluation et critère de gravité d'un trouble des conduites alimentaires

Iceta Sylvain<sup>1,2,\*</sup>, Bronnec Marie<sup>3</sup>, Guillaume Sébastien<sup>4</sup>

<sup>1</sup> 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.

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

<sup>3</sup> Service d'Addictologie et de Psychiatrie de Liaison, CHU de Nantes. [marie.bronnec@chu-nantes.fr](mailto:marie.bronnec@chu-nantes.fr)

<sup>4</sup> 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](mailto:s-guillaume@chu-montpellier.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](mailto:sylvain.iceta.1@ulaval.ca)

**Résumé :** Les troubles des conduites alimentaires regroupent un ensemble de troubles caractérisés par une relation perturbée à la nourriture et à l'image du corps associée à des comportements inadaptés de contrôle, ou à l'inverse de perte de contrôle vis-à-vis de la nourriture. À côté des 3 principaux troubles que sont l'anorexie mentale, la boulimie et l'hyperphagie boulimique, il existe quelques troubles non spécifiés parfois plus difficiles à repérer mais dont le pronostic et le retentissement est tout aussi grave et justifie une prise en charge. Le repérage devrait être systématique dans des populations et/ou situations à risque au besoin à l'aide d'échelle. Les éléments d'évaluation clinique et para-clinique ainsi que les critères de gravité et d'hospitalisation ont été bien codifiés par la Haute autorité de santé. Sur le plan psychiatrique, la gravité est principalement liée aux risques suicidaires, aux comorbidités et à l'impact sur le fonctionnement social et familial. Sur le plan somatique les facteurs de gravité sont liés aux conséquences de la dénutrition ou au contraire de l'obésité et aux perturbation métaboliques induites par les comportements de purge. Cette évaluation devra être répétée mensuellement ou plus fréquemment si besoin, afin d'orienter au mieux la prise en charge de ces troubles, d'évolution parfois très rapide.

**Mots-clés :** Anorexie, Boulimie, Hyperphagie Boulimique, Diagnostic, Sévérité

**Abstract:** Eating disorders are a spectrum of disorders characterized by a disturbed relationship to food and body image associated with maladaptive control behaviors, or the opposite with loss of control over food. In addition to the 3 main disorders that are anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge eating disorder, some unspecified disorders exist that are sometimes more difficult to detect but whose prognosis and repercussions are as serious and require appropriate management. Identification should be systematically carried out in high-risk populations and/or situations using appropriate scales, if necessary. The clinical and para-clinical evaluation components as well as the criteria for severity and hospitalization have been well codified by the French "Haute Autorité de Santé". Psychiatric severity is mainly related to suicidal risk, comorbidities, and impact on social and family functioning. On the somatic level, severity factors are related to the consequences of undernutrition or, on the contrary, to obesity and to metabolic alteration induced by purging behaviors. This evaluation should be repeated monthly, or more frequently if necessary, in order to best manage such disorders, which can sometimes evolve very rapidly.

**Key-words:** Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Binge Eating Disorder, Diagnosis, Severity

## 1. INTRODUCTION

Les troubles des conduites alimentaires (TCA) regroupent un ensemble de troubles caractérisés par une relation perturbée à la nourriture et à l'image du corps associée à des comportements inadaptés de contrôle, ou à l'inverse de perte de contrôle vis-à-vis de la nourriture. Ces troubles, le plus souvent chroniques et récurrents, sont associés à un risque élevé de surmortalité (1) en partie expliqué par les nombreuses complications somatiques (telles que les désordres hydro-électrolytiques et métaboliques ou l'immunodépression) mais également suicide. La prévalence au cours de la vie chez les adultes est d'environ 0,6 % pour l'anorexie mentale (*Anorexia Nervosa*, AN), 1 % pour la boulimie (*Bulimia Nervosa*, BN), et 3 % pour l'hyperphagie boulimique (*Binge Eating Disorder*, BED) (1). Depuis plusieurs années, l'incidence stable de l'AN s'oppose à l'augmentation progressive des autres TCA, notamment des formes « frontières » ne répondant pas formellement aux critères d'AN, de BN ou de BED. Il s'agit des formes dites partielles, subsyndromiques ou classiquement appelées non spécifiées TCA-NS (2). Ces formes « non spécifiées » sont parfois plus difficiles à repérer du fait de symptômes moins bruyants mais n'en sont pas moins graves.

### 1.1. Les différents TCA

Dans le DSM 5 comme dans la CIM 11, les TCA sont actuellement classés dans les troubles du comportement alimentaires et de l'alimentation. A côté des 3 principaux troubles que sont l'anorexie mentale, la boulimie et l'hyperphagie boulimique, il existe quelques troubles non spécifiés comme le trouble purgatif et le syndrome d'alimentation nocturne. Ces troubles et leurs principales caractéristiques sont résumés dans le tableau 1. Au-delà de leurs spécificités ils ont tous une caractéristique commune qui est une préoccupation excessive pour le poids, la forme et ou l'alimentation qui les différencie notamment des troubles de l'alimentation (PICA, mérycisme...).

<b>Anorexia Nervosa</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Restrictions alimentaires/hydriques</li> <li>• Perte de poids et/ou poids insuffisant</li> <li>• Peur intense d'une prise de poids et/ou une image corporelle perturbée</li> <li>• +/- crises de boulimie</li> <li>• +/- autres stratégies de contrôle du poids (vomissements/laxatifs /diurétiques/jeûne/ activité physique problématique...)</li> </ul>
<b>Bulimia Nervosa</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Crises de boulimie (perte de contrôle alimentaire avec hyperphagie)</li> <li>• Stratégies de contrôle du poids (vomissements/laxatifs /diurétiques/jeûne/ activité physique problématique...)</li> <li>• Auto-évaluation négative liée au poids, à la forme du corps ou à l'apparence.</li> <li>• IMC normal ou subnormal</li> <li>• +/- restrictions</li> </ul>
<b>Hyperphagie boulimique</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Crises de boulimie sans stratégie de contrôle du poids ; associé à une détresse intense</li> <li>• IMC souvent (mais pas nécessairement) élevé</li> </ul>
<b>Autres TCA spécifiés</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Anorexie atypique</b> (tous les critères de l'anorexie sauf le poids)</li> <li>• <b>Boulimie atypique</b> (fréquence des crises ou durée des troubles insuffisantes)</li> <li>• <b>Hyperphagie boulimique atypique</b> (fréquence des crises ou durée des troubles insuffisantes)</li> </ul>

- **Trouble purgatif**
  - Comportements de purge et stratégie de contrôle de poids extrême sans crise de boulimie
  - Auto-évaluation négative liée au poids, à la forme du corps ou à l'apparence
- **Syndrome d'alimentation nocturne**
  - Ingestion nocturne incontrôlé de grande quantité de nourriture

**Tableau 1 :** les différents TCA et leur principale caractéristique selon le DSM 5 et la CIM 11

## 2. REPERAGE DES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

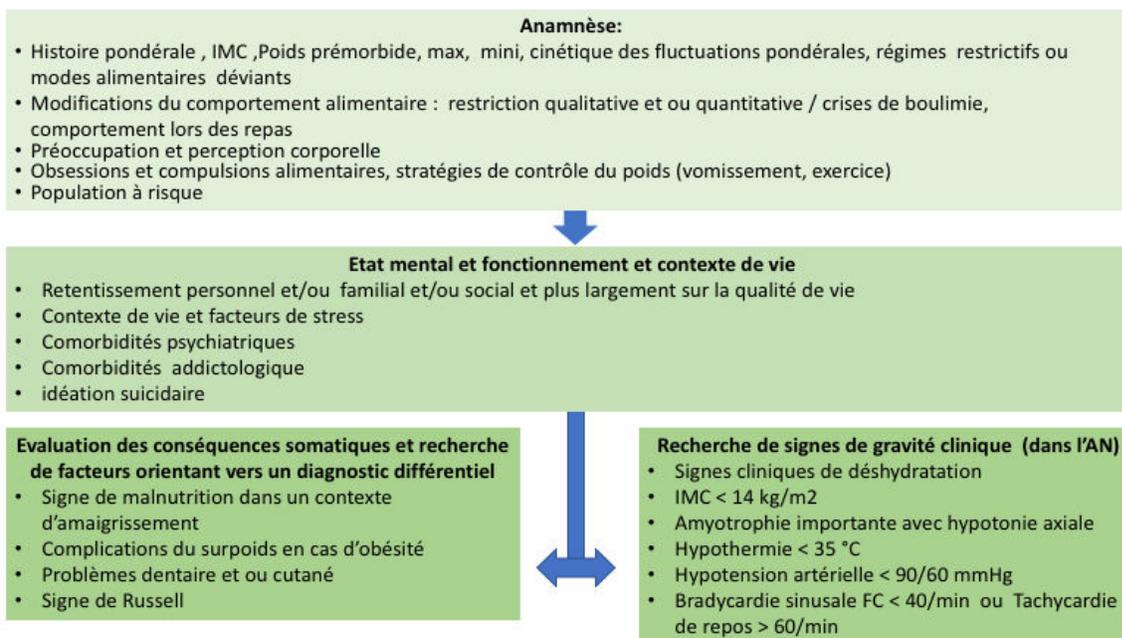
Certaines populations sont considérées comme plus à risque de développer un TCA. Pour l'AN on sera particulièrement vigilant chez les adolescents et les femmes jeunes. Certaines pratiques sont plus à risque telles que les professions ou loisirs exposant l'image corporelle et à la performance : mannequins, danseurs et sport à pesée (équitation, gymnastique, boxe...), et ceci d'autant plus qu'ils sont pratiqués en compétition. Enfin, certaines pathologies vont être propices au développement de TCA comme le diabète de type 1, l'hypercholestérolémie familiale, etc. par les contraintes alimentaires qu'elles induisent. Pour la BN et le BED, les sujets en surpoids ou avec des fluctuations pondérales importantes doivent également alerter. Enfin les TCA doivent être évoqués devant un amaigrissement, un retard staturopondéral, des troubles gastros intestinaux, des troubles des menstruations inexpliqués ou la notion d'antécédents familiaux de trouble(s) des conduites alimentaires. Pour un dépistage simple l'Haute Autorité de Santé (HAS) recommande l'utilisation de questions ouvertes évaluant les symptômes. Il existe des échelles de dépistage simples. La plus connue est l'échelle SCOFF (tableau 2) qui repose sur 5 questions auxquelles le patient doit répondre par "oui" ou "non". La présence de deux "oui" suggère fortement la présence d'un TCA. Sa sensibilité serait de 0.86 (95% CI :0.78-0.91) et sa spécificité de 0.83 (95% CI : 0.77-0.88) (3). Plus spécifiquement, il est montré que le SCOFF est adapté à l'AN et à la BN mais peu au dépistage du BED (3). D'autres échelles existent pour le dépistage des TCA mais sont moins pratiques d'utilisation. Cependant leur relative rapidité de passation et leur spécificité à un type de TCA en font des outils intéressants. On retiendra pour l'AN l'Eating Attitudes Test-26 (EAT-26) (4), pour la BN le Bulimic Investigatory Test Edinburgh (BITE) (5) et pour le BED la Binge Eating Scale (BES) (6).

- |   |
|---|
| 1 - Vous êtes-vous déjà fait vomir parce que vous ne vous sentiez pas bien « l'estomac plein » ?<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non     |
| 2 - Craignez-vous d'avoir perdu le contrôle des quantités que vous mangez ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                             |
| 3 - Avez-vous récemment perdu plus de 6 kilos en moins de trois mois ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                                  |
| 4 - Pensez-vous que vous êtes trop gros(se) alors que les autres vous considèrent comme trop mince ?<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 5 - Diriez-vous que la nourriture est quelque chose qui occupe une place dominante dans votre vie ?<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non  |

**Tableau 2 :** Test de Dépistage SCOFF : 2 réponses « Oui » suggèrent un TCA

### 3. EVALUATION INITIALE D'UN TCA

Le repérage et la conduite de l'entretien clinique initial repose sur des principes généraux communs et une démarche structurée qui sont synthétisés dans la Figure 1. Chez les mineurs la famille doit être impliquée dans cette évaluation.



**Figure 1 :** Éléments d'évaluations et critères de gravité clinique face à un TCA

L'anamnèse doit être attentive à la recherche des modifications pondérales (pourcentage de perte de poids, cinétique de la perte de poids, Indice de Masse Corporelle \_IMC\_ actuel, maximal et minimal ...). L'entretien ne doit cependant pas se focaliser uniquement sur le poids. Le comportement alimentaire et ses modifications éventuelles (restrictions, ritualisation, croyance erronée sur l'effet calorique d'un aliment, consommation en cachette, évitement des repas en commun, perte de contrôle...) devront être évoqués. Il faudra également rechercher des comportements suggérant des préoccupations corporelles ou un contrôle actif du poids (conduites purgatives associées, hyperactivité physique, pesée quotidienne ou pluriquotidienne, refus de certaines activités avec exposition corporelle comme la piscine, isolement social...). Les régimes alimentaires particuliers (végétalisme, paléo-nutrition, régime cétogène), même s'ils ne sont pas synonymes de TCA, peuvent facilement en masquer les symptômes par rationalisation morbide. Ainsi, lorsqu'ils sont évoqués il est pertinent de bien explorer les croyances liées à ces pratiques alimentaires. En cas de crise de boulimie il faut en outre évaluer le contexte et la fréquence des crises.

L'évaluation du retentissement de l'état psychiatrique et somatique du patient, ainsi que l'impact sur le fonctionnement familial et social est également indispensable. On recherchera des troubles psychiatrique et addictif comorbides. En effet, les comorbidités psychiatriques et addictologiques sont la norme (>70 %) chez les personnes souffrant de troubles alimentaires (7). Les plus courantes comprennent les troubles de l'humeur et de l'anxiété dans tous les sous types de TCA et plus spécifiquement des troubles de la personnalité borderline dans le cadre de la BN.

Les troubles addictifs sont également retrouvés chez environ 10 % des patients avec un TCA avec des associations variables selon le TCA mais sont particulièrement associés avec les troubles à expression compulsive : BED, BN, AN avec crise de boulimie (7,8). De plus, les TCA et notamment les troubles compulsifs (BN, BED) sont souvent conceptualisés comme des troubles addictifs justifiant une approche « addictologique » dans la prise en charge. Ainsi cette dimension addictologique doit être recherchée et prise en compte. Le risque suicidaire doit également être évalué. Les conduites suicidaires étant augmentées dans tous les TCA. Ainsi, dans une étude publiée en 2019, Udo et al. ont montré que comparées à la population générale, aux États Unis, les personnes souffrant de TCA faisaient plus de tentatives de suicide avec des odds ratio à 5.40 dans l'AN, 6.33 dans la BN et 4.83 dans le BED (9). Le suicide abouti surviendrait chez 2.5% à 5% des patientes anorexiques (10).

L'examen clinique et un bilan biologique systématiques présentés dans le Tableau 3 précisera le retentissement du trouble, permettra d'éliminer un diagnostic différentiel éventuel et recherchera des critères de gravité.

<p><b>Bilan Biologique initial</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Anorexie et Boulimie:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• NFS (en cas de dénutrition, recherche d'anémie ou neutropénie ou pancytopenie ou infection)</li> <li>• CRP (en cas de dénutrition élimine une inflammation)</li> <li>• IONO sanguin (recherche hypokaliémie ou hyponatrémie)</li> <li>• Créatinine, Urée sang</li> <li>• Calcémie, Phosphorémie (si dénutrition)</li> <li>• SGOT, SGPT (recherche cytolyse)</li> <li>• Glycémie à Jeun (ne traiter hypoglycémie que si symptomatique)</li> </ul> </li> <li>• <b>Hyperphagie boulimique :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exploration d'Anomalie Lipidique (EAL)</li> <li>• Chez des sujets âgés de plus de 45 ans ayant un IMC <math>\geq</math> 28 kg/m<sup>2</sup> : glycémie à jeun</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Examens complémentaires Initiaux</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Électrocardiogramme</b> (dans l'anorexie et la boulimie): recherche d'un QT long (risque de torsade de pointe), d'une tachycardie supraventriculaire ou ventriculaire, de pauses sinusales, d'une bradycardie jonctionnelle, d'une onde T négative au-delà de V3 et d'une modification du segment ST</li> <li>• <b>Ostéodensitométrie osseuse</b> (uniquement dans l'anorexie après 6 mois d'aménorrhée, puis tous les 2 ans en cas d'anomalies ou d'aménorrhée persistante)</li> </ul>

**Tableau 3 :** Bilan Biologique initial d'un TCA (adapté de la HAS)

#### 4. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIELS A ELIMINER

Ceux-ci vont évidemment varier en fonction du sous type de TCA. Si l'AN est le trouble le plus fréquent chez la femme jeune dénutrie, toutes les femmes jeunes dénuries ne présentent pas d'anorexie mentale. Le premier est le trouble d'alimentation sélective et/ou d'évitement, communément appelé ARFID, pour *avoidant/restrictive food intake disorder* (11). Il s'agit d'un trouble également classé dans le DSM 5 et la CIM 11 dans le trouble de l'alimentation et des conduites alimentaires. Mais comme les deux autres troubles de l'alimentations actuellement autonomisés, ce trouble se différencie des TCA par l'absence d'obsession corporelle pondérale et/ou alimentaire. Ce trouble est principalement retrouvé chez les enfants et les adolescents mais peut se retrouver à tous les âges. Il est défini comme une incapacité à satisfaire ses besoins nutritionnels conduisant à une maigreur pathologique et une dénutrition avec dépendance à un apport nutritionnel complémentaire. Pour différencier de l'AN, il conviendra de s'assurer que le sujet ne présente pas de comportements et cognitions orientant vers des obsessions corporelles et ou alimentaires. En cas de doute diagnostique un avis spécialisé doit être proposé. Un autre diagnostic différentiel possible est un épisode

dépressif. Dans ce contexte, la symptomatologie thymique est au premier plan. Le traitement de l'épisode dépressif permettra de restaurer le comportement alimentaire. Il faudra également éliminer les diagnostics différentiels, plus somatiques, tels que certaines tumeurs cérébrales (tumeurs du tronc cérébral ou craniopharyngiomes), certaines maladies du tractus digestif, telle la maladie de Crohn, l'achalasie de l'œsophage, une pince aorto-mésentérique ou une hyperthyroïdie... Cependant, il convient de toujours considérer la possibilité de la présence simultanée d'un TCA et d'une comorbidité somatique (e.g., maladie de Crohn, dysthyroïdie, cancer).

Pour la BN et le BED, il convient en premier lieu de bien discriminer le problème pondéral de la présence d'un éventuel TCA (12). La présence d'un IMC dans les normes n'exclut pas le diagnostic, y compris d'hyperphagie boulimique. A l'inverse les 2/3 des patients présentant une obésité n'auront pas de TCA. La présence de pertes de contrôle et de craving durant les accès alimentaires couplée à la souffrance autour de ces crises et de leurs impacts pondéraux orientera le diagnostic.

## 5. EVALUATION ET CRITERES DE GRAVITE DES TCA

Une fois le diagnostic suspecté, l'évaluation tentera de déterminer les signes de gravité, en particulier ceux justifiant une hospitalisation. Il ne peut s'agir d'une évaluation unique. Elle devra être répétée dans le temps (au moins mensuellement dans les formes modérées à sévères). L'ensemble des critères de gravité peuvent être retrouvé sur le site de l'HAS.

Sur le plan psychiatrique, la gravité est principalement liée aux risques suicidaires, aux comorbidités et à l'impact sur le fonctionnement social et familial. Les conduites d'automutilation sont fréquentes dans le BN. Les conduites addictives sont également des éléments de gravité à rechercher. Elles peuvent concerner le tabac, le cannabis ou l'alcool. Plus rarement, elles peuvent concerner des produits comme la cocaïne (utilisation à visée compensatoires des accès hyperphagiques par exemple). Par ailleurs, les comportements sexuels à risque sont fréquents, tout particulièrement dans la BN et le BED. Ils doivent être recherchés, et une information autour des infections sexuellement transmissibles et des risques de grossesses fournie si besoin.

Les indications d'hospitalisation en urgence dans la boulimie ou l'hyperphagie boulimique sont rares et se limitent à la présence d'un « état de mal boulimique » qui est une urgence (incapacité à poursuivre les activités habituelles du fait de la grande fréquence des crises), la présence d'une hypokaliémie symptomatique ou la présence d'un trouble psychiatrique ou addictologique décompensée justifiant en soi l'hospitalisation.

Sur le plan somatique les facteurs de gravité sont liés aux conséquences de la dénutrition ou au contraire de l'obésité et aux perturbations métaboliques induites par les comportements de purge. Les critères cliniques de gravité liés à la dénutrition devant faire discuter une hospitalisation sont listés dans la Figure 1. À cela s'ajoute des critères de gravité biologiques avec notamment une hypokaliémie  $< 3$  mEq/L, une hypoglycémie ( $< 0,6$  g/L si symptomatique sinon  $< 0,3$  g/L), une natrémie  $< 125$  mmol/L ou  $> 150$  mmol/L, une cytololyse hépatique  $> 10 \times N$ , ou une insuffisance rénale avec clairance de la créatinine  $< 40$  mL/min.

## 6. CONCLUSION

Au cours des 50 dernières années et dans le contexte de changements majeurs de notre environnement, les troubles alimentaires ont évolué vers des formes variées présentant des caractéristiques cliniques et étiologiques distinctes dans un continuum avec des sous types ayant tous en commun à des degrés divers des obsessions pour le poids, la silhouette et ou l'alimentation. L'évaluation doit être psychiatrique et comportementale mais aussi somatique et paraclinique. En fonction des troubles les critères de gravités et de recours à l'hospitalisation sont variables, mais peuvent être évalués selon des critères précis et bien identifiés.

**Citation de l'article :** Repérage évaluation et critère de gravité d'un trouble des conduites alimentaire, Iceta S, Bronnec M, Guillaume S, Alcoologie et Addictologie, 2020, 42(2) : 27-33

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

## 7. REFERENCES

1. Treasure J, Duarte TA, Schmidt U. Eating disorders. *The Lancet*. 2020 Mar;395(10227):899-911.
2. Muris P, Meesters C, van de Blom W, Mayer B. Biological, psychological, and sociocultural correlates of body change strategies and eating problems in adolescent boys and girls. *Eating Behaviors*. 2005 Jan 1;6(1):11-22.
3. Kutz AM, Marsh AG, Gunderson CG, Maguen S, Masheb RM. Eating Disorder Screening: a Systematic Review and Meta-analysis of Diagnostic Test Characteristics of the SCOFF. *J Gen Intern Med*. 2020 Mar;35(3):885-93.
4. Leichner P, Steiger H, Puentes-Neuman G, Perreault M, Gottheil N. [Validation of an eating attitude scale in a French-speaking Quebec population]. *Can J Psychiatry*. 1994 Feb;39(1):49-54.
5. Henderson M, Freeman CP. A self-rating scale for bulimia. The "BITE." *Br J Psychiatry*. 1987 Jan;150:18-24.
6. Brunault P, Gaillard P, Ballon N, Couet C, Isnard P, Cook S, et al. [Validation of the French version of the Binge Eating Scale: Examination of its factor structure, internal consistency and construct validity in a non-clinical and a clinical population]. *Encephale*. 2016 Oct;42(5):426-33.
7. Keski-Rahkonen A, Mustelin L. Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Curr Opin Psychiatry*. 2016;29(6):340-5.
8. Munn-Chernoff MA, Johnson EC, Chou Y-L, Coleman JRI, Thornton LM, Walters RK, et al. Shared genetic risk between eating disorder- and substance-use-related phenotypes: Evidence from genome-wide association studies. *Addict Biol*. 2020 Feb 16;e12880.
9. Udo T, Bitley S, Grilo CM. Suicide attempts in US adults with lifetime DSM-5 eating disorders. *BMC Med*. 2019 25;17(1):120.
10. Franko DL, Keel PK. Suicidality in eating disorders: occurrence, correlates, and clinical implications. *Clin Psychol Rev*. 2006 Oct;26(6):769-82.
11. Bourne L, Bryant-Waugh R, Cook J, Mandy W. Avoidant/restrictive food intake disorder: A systematic scoping review of the current literature. *Psychiatry Res*. 2020;288:112961.
12. Montano CB, Rasgon NL, Herman BK. Diagnosing binge eating disorder in a primary care setting. *Postgrad Med*. 2016 Jan;128(1):115-23.