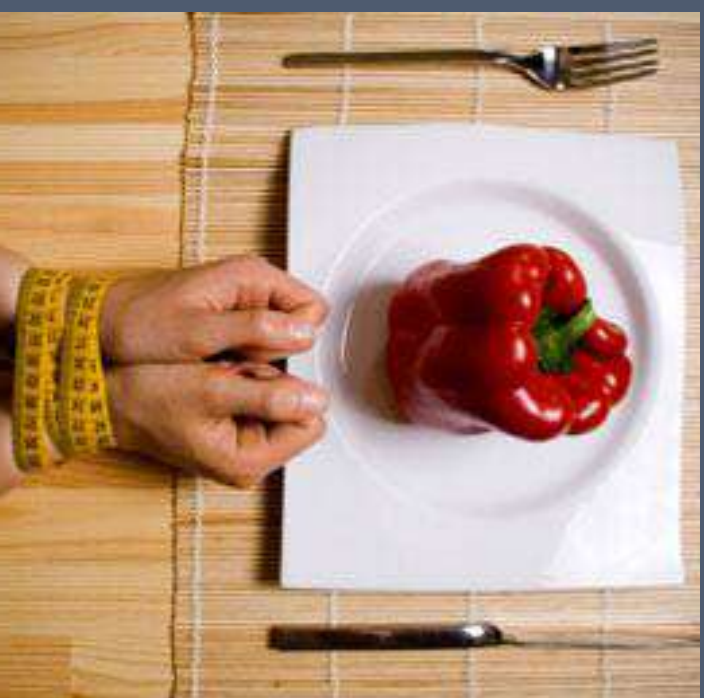


TCA À L'ADOLESCENCE: COMPRENDRE POUR MIEUX DETECTER



Journée Mondiale
des TCA

02 juin 2023

Dr Françoise Dominé
Pédiatre - Médecin de l'Adolescent

CHU
GROUPE SANTÉ

CEPIA

Introduction

3^{ième} maladie chronique à l'adolescence (asthme et obésité)

Incidence ↑ (!!! 2020 -> + 40 à 63%)

95% des personnes souffrant d'un TCA ont entre 12 et 24 ans

Jusqu'à +/- 15 % des adolescents.

Pic incidence habituel: **14-17 ans**

U.S. Department of Health and Human Services (SAMHSA)

Troubles psychiatriques ayant le plus haut taux de mortalité (3 à 6%)

American Journal of Psychiatry, Vol. 152 (7), July 1995, p. 1073-1074, Sullivan, Patrick F.

95% des personnes observant un régime alimentaire amaigrissant restrictif/sélectif reprennent le poids perdu (voire davantage) dans les 5 ans

Stice et al, 2009; Chamay-Weber et al, 2005; Smink et al, 2012; Vust, 2012; Société Canadienne de Pédiatrie, 2008;

Sullivan et al., 1995; US department of health and human services; Greta Noordenbor, Journ of ED; Wade et al, 2011.

Les adolescents en chiffres – 01/01/2022

<https://statbel.fgov.be>

N Adolescents 10-19 ans en Province de Liège

	10-14 ans	15-19 ans	TOTAL 10-19 ANS
Fillles	32.538	31.695	64.233
Garçons	33.947	32.761	66.708
TOTAL	66.485	64.456	130.941

TOTAL Prov de Liège 10-24 ans
197.831

Tenant compte de la population des AJA, on peut ajouter la tranche des **20-24 ans** constituée de 33.915 garçons et 32.975 filles
soit **66.890** individus

N Adolescents 10 à 19 ans en Wallonie

	10-14 ANS	15-19 ANS	TOTAL 10-19 ANS
Fillles	108.278	107.082	215.360
Garçons	113.456	111.827	225.283
TOTAL	221.734	218.909	440.643

TOTAL Wallonie 10-24 ans
663.515

Tenant compte de la population des AJA, on peut ajouter la tranche des **20-24 ans** constituée de 113.478 garçons et 109.394 filles
soit **222.872** individus

Les TCA en chiffres

HBSC 2018 pour la Province de Liège et la Wallonie
(n adolescents potentiellement concernés par un TCA, âgés de 11 à 20 ans):

		Prov de Liège	Wallonie
TCA	Restriction alimentaire majeure	2.618	8.810
	Hyperphagie	6.547	22.032
	Excès pondéral	22.069	74.266

Objectifs

- **Resituer** le TCA dans le contexte de l'adolescence
- **Comprendre** les mécanismes qui sous-tendent l'apparition des TCA
- **Penser systématiquement** les régimes, les perturbations du comportement alimentaire et les TCA comme un "continuum".
- **Systematiser** le screening des adolescents → dépistage précoce
- **Initier au plus tôt** un travail interdisciplinaire et multidimensionnel basé sur les recommandations scientifiques internationales



Le processus d'adolescence



Normalité

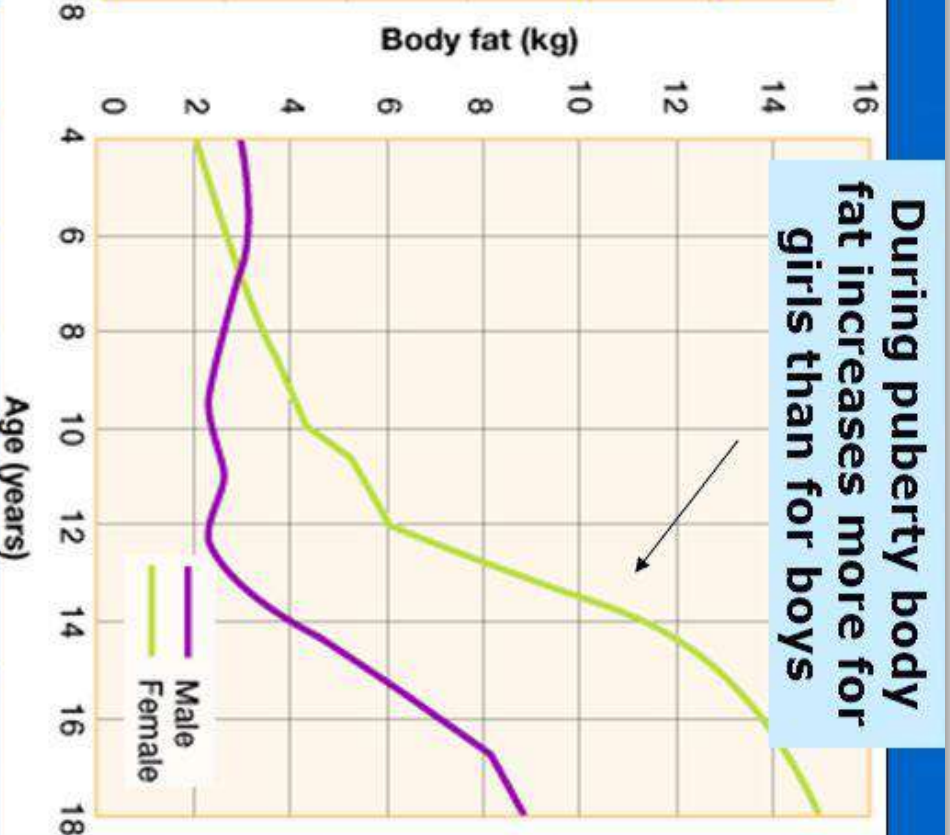
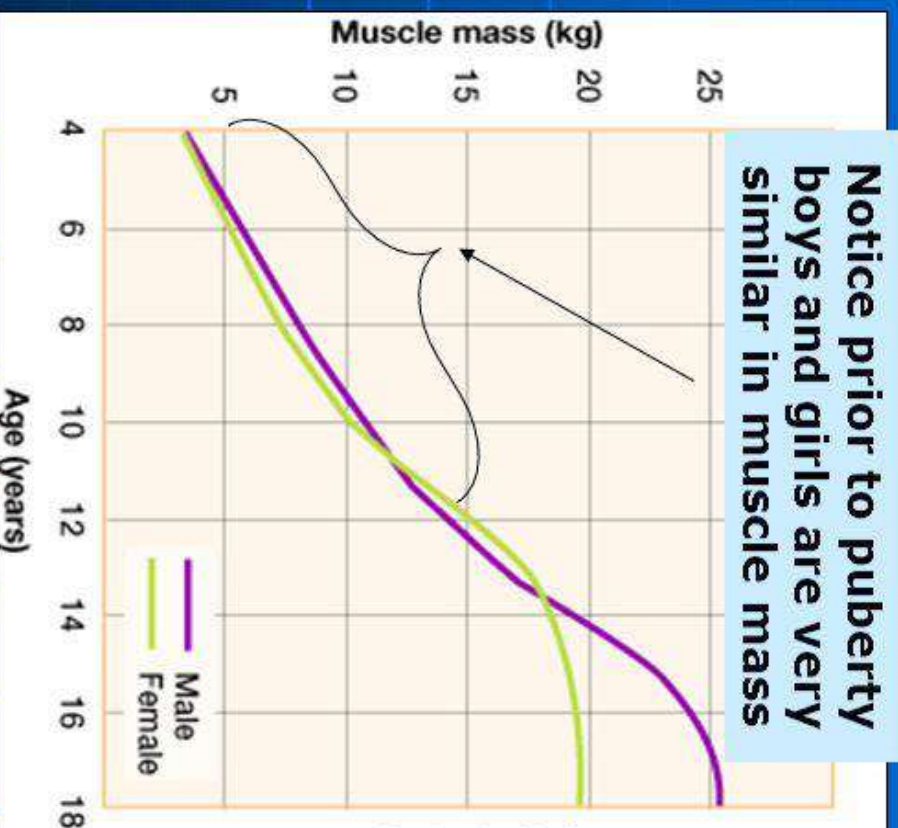
Identité

Autonomisation

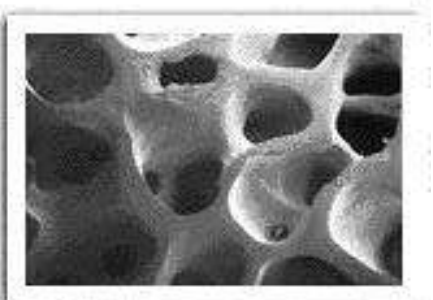
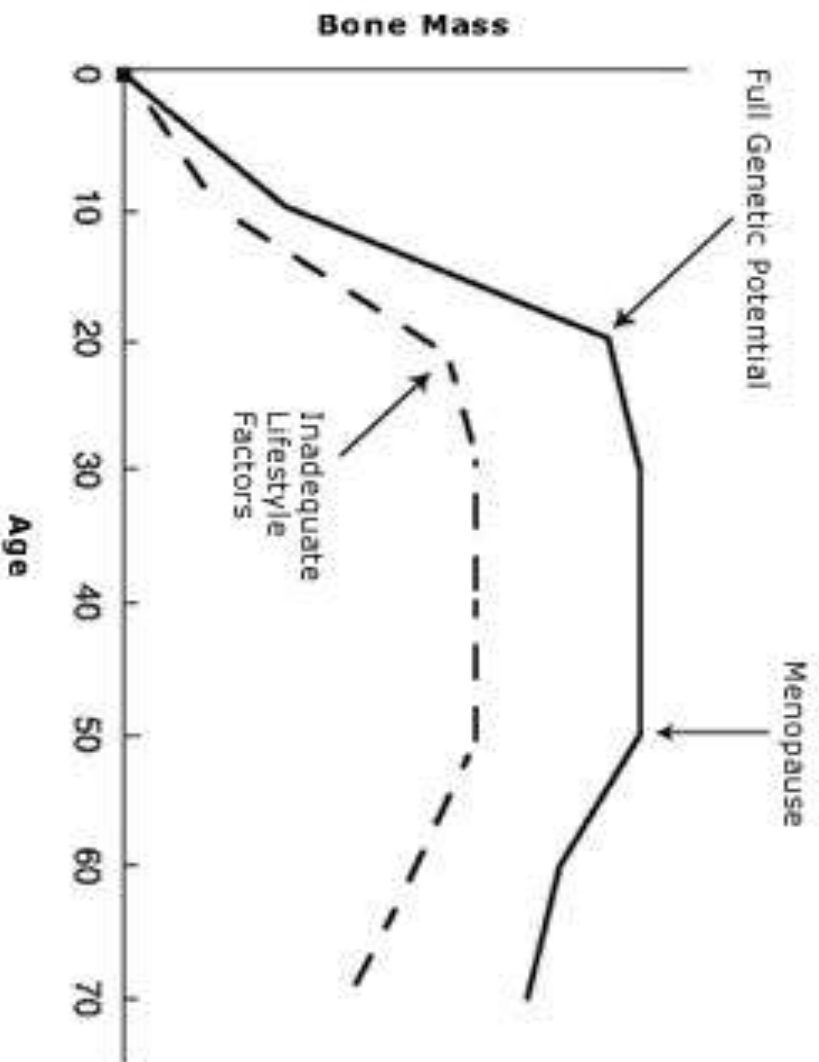


	Début < 14 ans	Milieu 14-17 ans	Fin > 17 ans
Biologique	Pic de croissance – gain de poids Composition corporelle - Os		
	Maturation cérébrale		
Psychologique	Evolution de l'image et du schéma corporel → "corps-centré"		
Social	Forte identification aux pairs Pression sociale Importance de se sentir "normal"		

Composition corporelle



Formation de l'OS

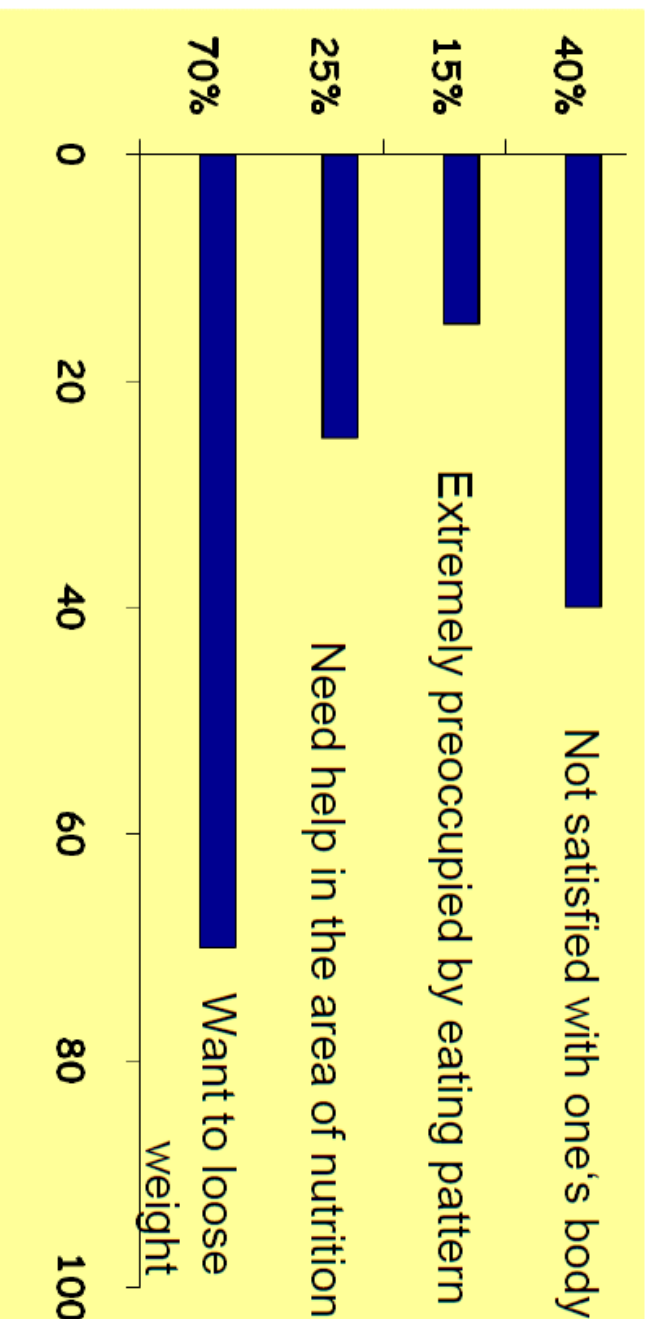


40%

de la densité osseuse acquise
durant l'adolescence

Adolescence et l'image corporelle

HOW DO ADOLESCENT GIRLS FEEL ?



Pression sociale



Désir de se conformer aux « standards »

*“La minceur est un critère puissant de réussite sociale et personnelle.
Et elle est accessible à tous!”*

En réalité?

Cet « idéal » est inaccessible pour un grand nombre

Médias: > **35 %** des ♀ sont très minces ↔ 5 % population ♀ générale
99% des photos sont “photoshoppées” ... **MAIS**

Pression sociale

Culte de la minceur

Culte de la maîtrise de soi

Mésestime de soi
Insatisfaction / corps
« Fat Talk »

Surévaluation de l'importance du poids et de la silhouette
(de l'alimentation, de l'activité physique)
et de leur contrôle

Méthodes de contrôle
pondéral compromettantes
pour la santé

Envahissement cognitif

Surévaluation de l'importance du poids et de la silhouette
(de l'alimentation, de l'activité physique)
et de leur contrôle

Règles alimentaires strictes
Restriction - Privation
Manoeuvres de contrôle pondéral

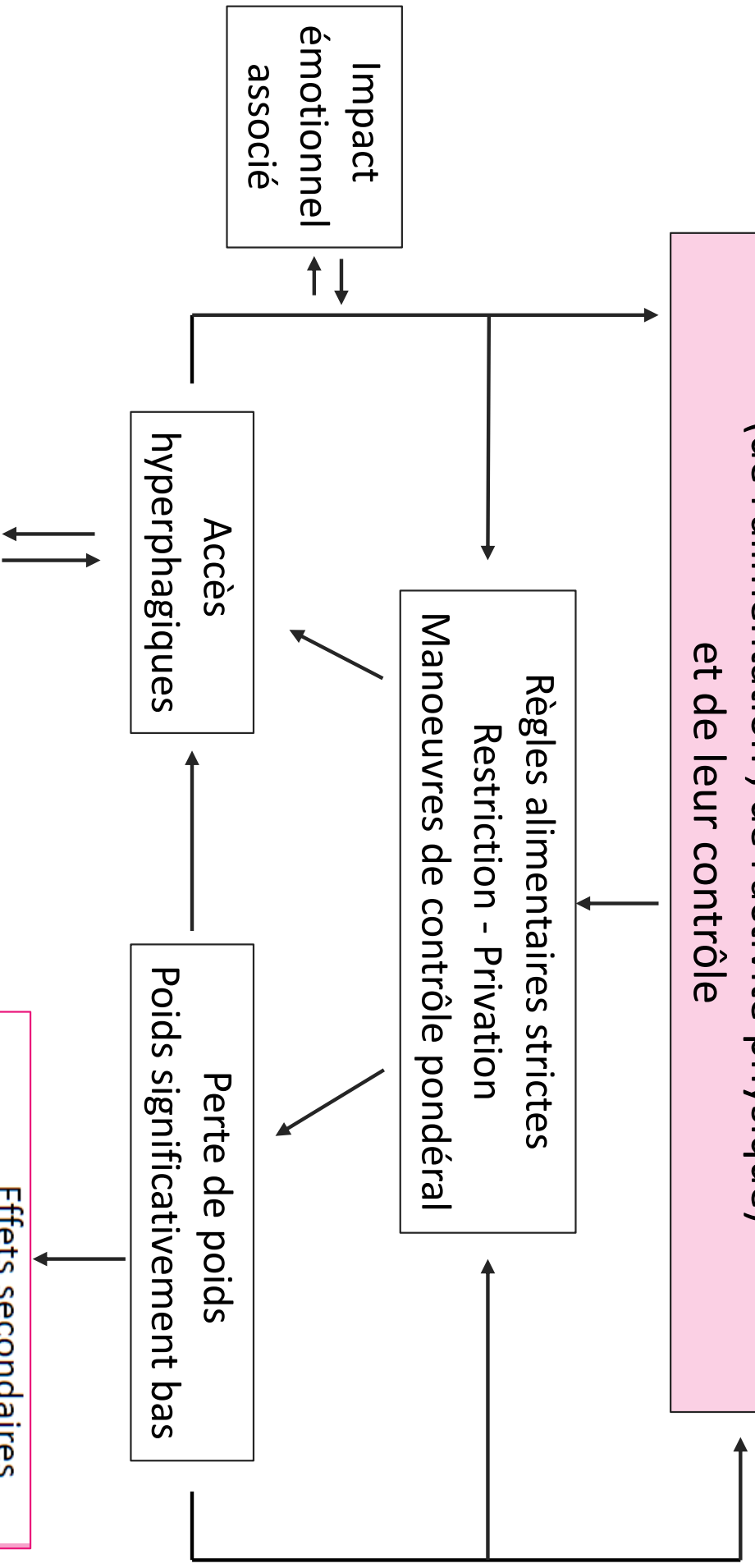
Impact
émotionnel
associé

Accès
hyperphagiques

Perte de poids
Poids significativement bas

- Effets secondaires
- Préoccupations alimentaires
 - Retrait social
 - Sensation de plénitude accrue
 - Manque de flexibilité cognitive

Comportements compensatoires
V - L - D - H



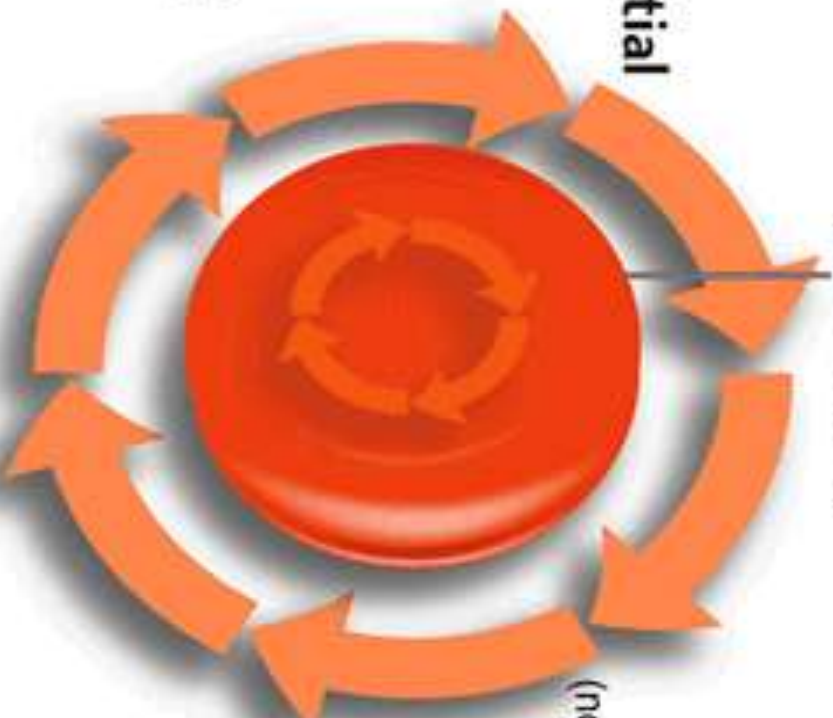
↓ Estime de soi

Régime sévère
(bas en calories)



Retour à son poids initial
(parfois plus qu'avant)

Métabolisme
demeure au ralenti



Baisse du métabolisme
(nombre de calories brûlées au repos)

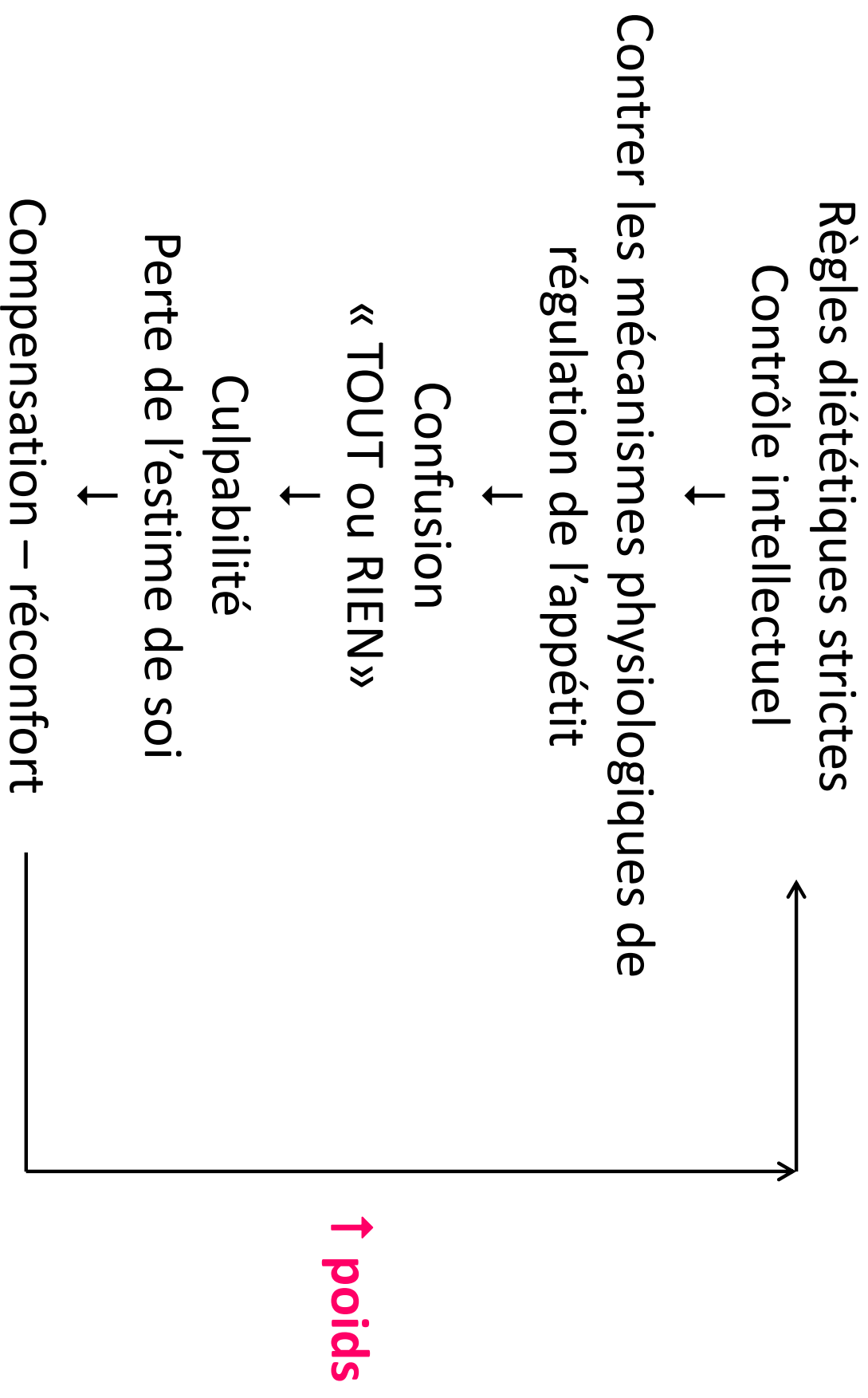
Frustration =
abandon du régime



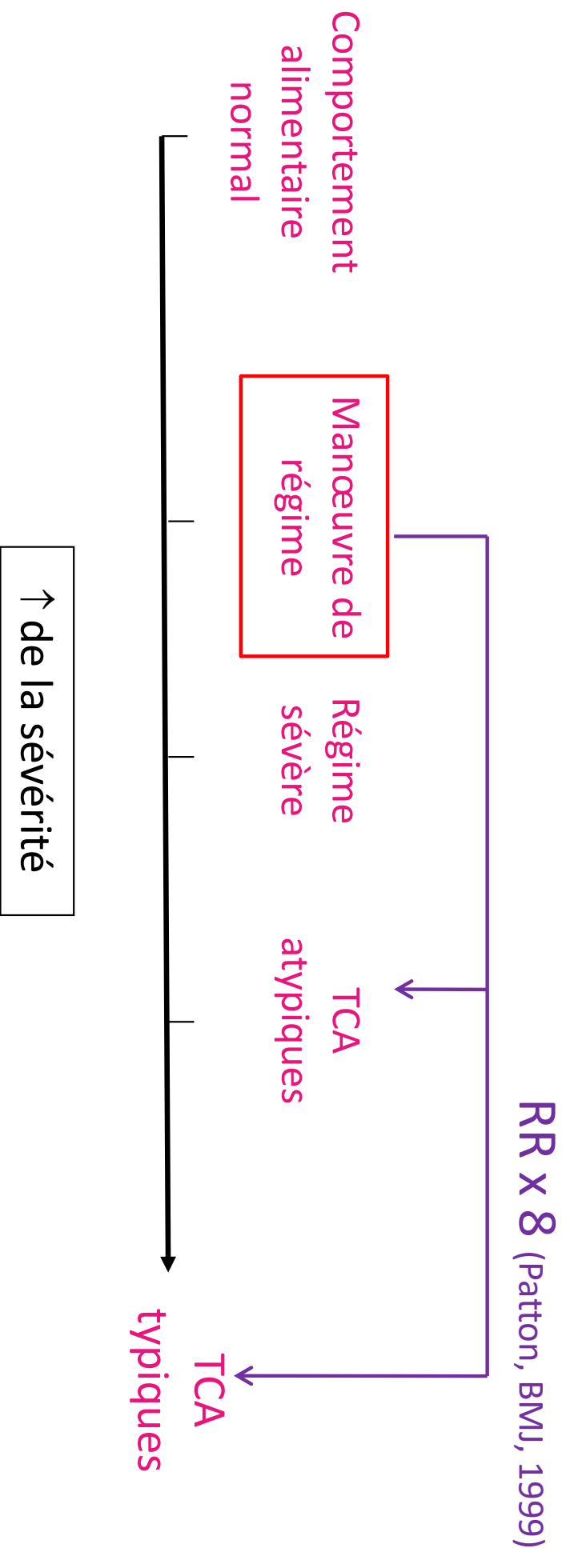
Retour à ses anciennes
habitudes avec rage en prime
(les calories augmentent à nouveau)



Restriction cognitive



TCA: un continuum



TCA: classification

DSM-4	DSM-5 (2013)
Anorexie mentale Boulimie nerveuse	Anorexie mentale Boulimie nerveuse } Δ criteria BED (Binge Eating Disorder)
EDNOS (Eating Disorders Not Otherwise Specified)	OSFED (other specified feeding or eating disorders)

OSFED Other Specified Feeding or Eating Disorders

1. Anorexie atypique
2. Boulimie atypique
3. BED atypique
4. Grignotage compulsif
5. Syndrome du vomissement
6. Night eating disorder
7. Ruminations / mérycisme
8. TCA évitants/restrictifs -> **ARFID** (enfants et pré-pubères)
9. Orthorexie
10. PICA

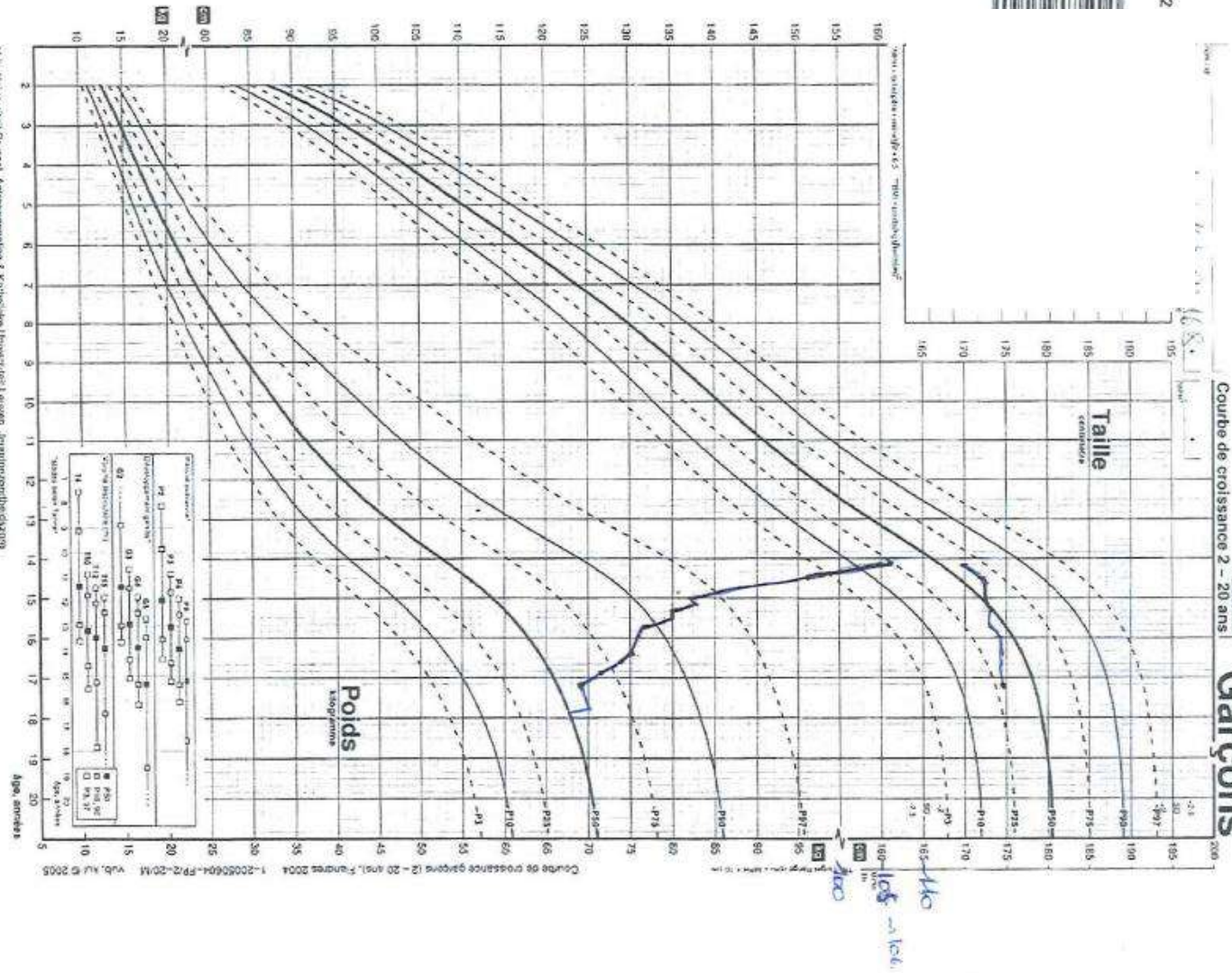
Ne répondent pas aux critères des 3 principaux TCA décrits.

Garçons

Français 2004

Courbe de croissance 2 - 20 ans

12

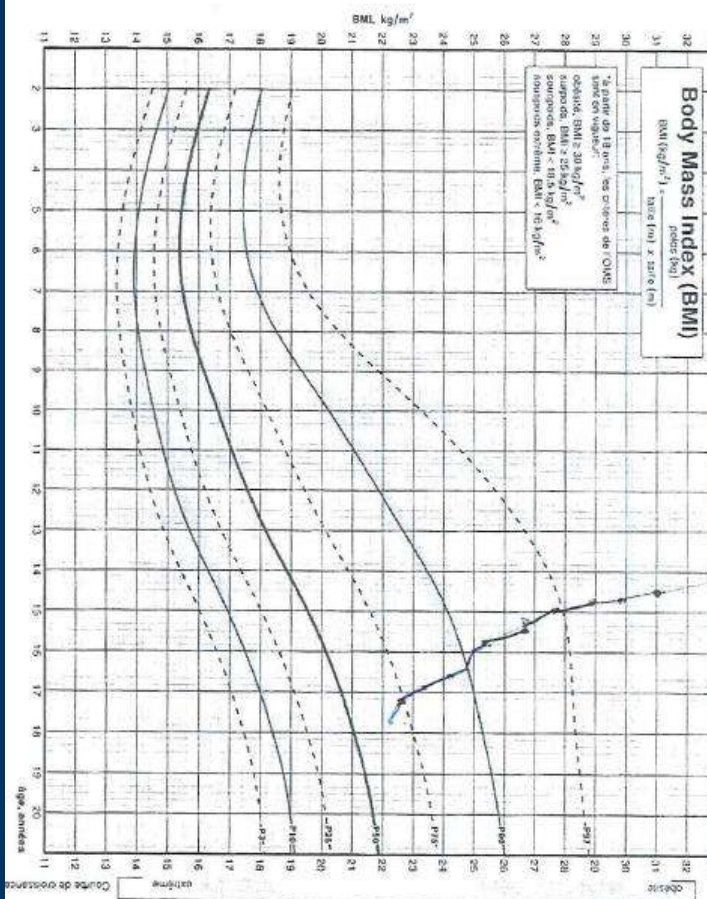


Vital-Dienstedt-Busset, Anthropometria & Klinische Universitäts-Kuoven, Jangippenberdzang
 avec le soutien du Gouvernement Farnand
 www.vdb3d.fr/growth-curves

Garçons

Français 2004

Courbe de croissance 2 - 20 ans



Age, années

OSFED Other Specified Feeding or Eating Disorders

Association significative avec :

- troubles cardiovasculaires
- affections gastro-intestinales
- symptômes neurologiques
- syndrome de fatigue chronique
- douleur chronique
- troubles dépressifs et/ou anxieux
- TOC / addictions
- troubles du sommeil
- tentatives de suicide

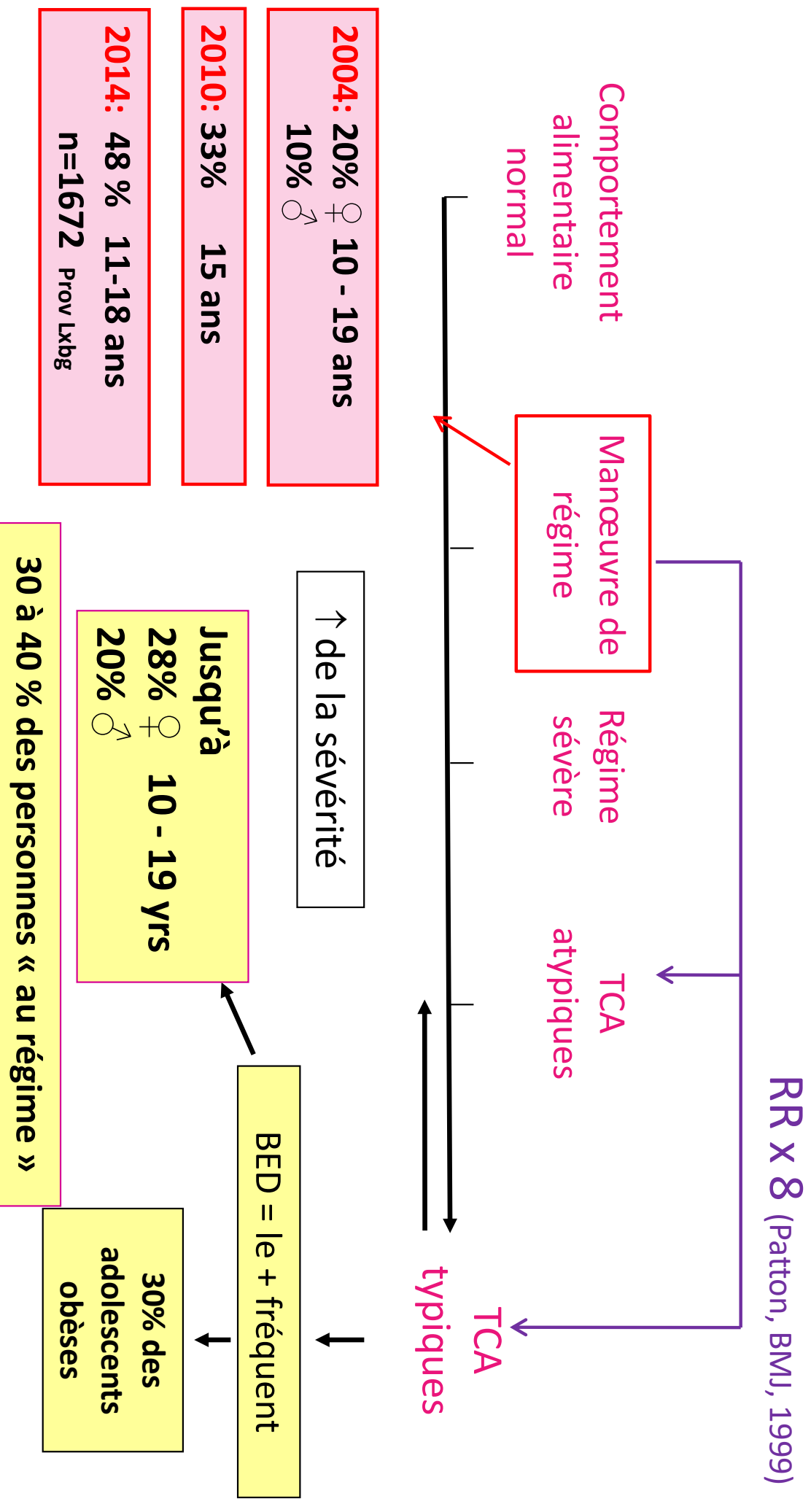
à l'âge adulte

Pronostic:

- ⇒ 38% se chronifient
- ⇒ **10%** → **TCA typiques**

(Santonastato et al, 1999)

TCA: un continuum



What about boys?



ETUDE: 2008, GRSA, Unil Université de Lausanne, Suisse

- > 50% préoccupés par leur corps et leur alimentation
- +/- 20% engagés dans des comportements alimentaires perturbés (jeûne, restriction, vomissements, hyperactivité, médicaments)
- **Associations statistiques avec : violence, délinquance, abus sexuels / ctrl**
- **Facteurs associés:** dépression, surpoids, pub précoce, régime, conduites à RR.
- + svt associé à un autre trouble psychique

Estimations actuelles

Garçons: jusqu'à 10-15% des cas d'AM et de BN
40% des cas de BED

What about boys?





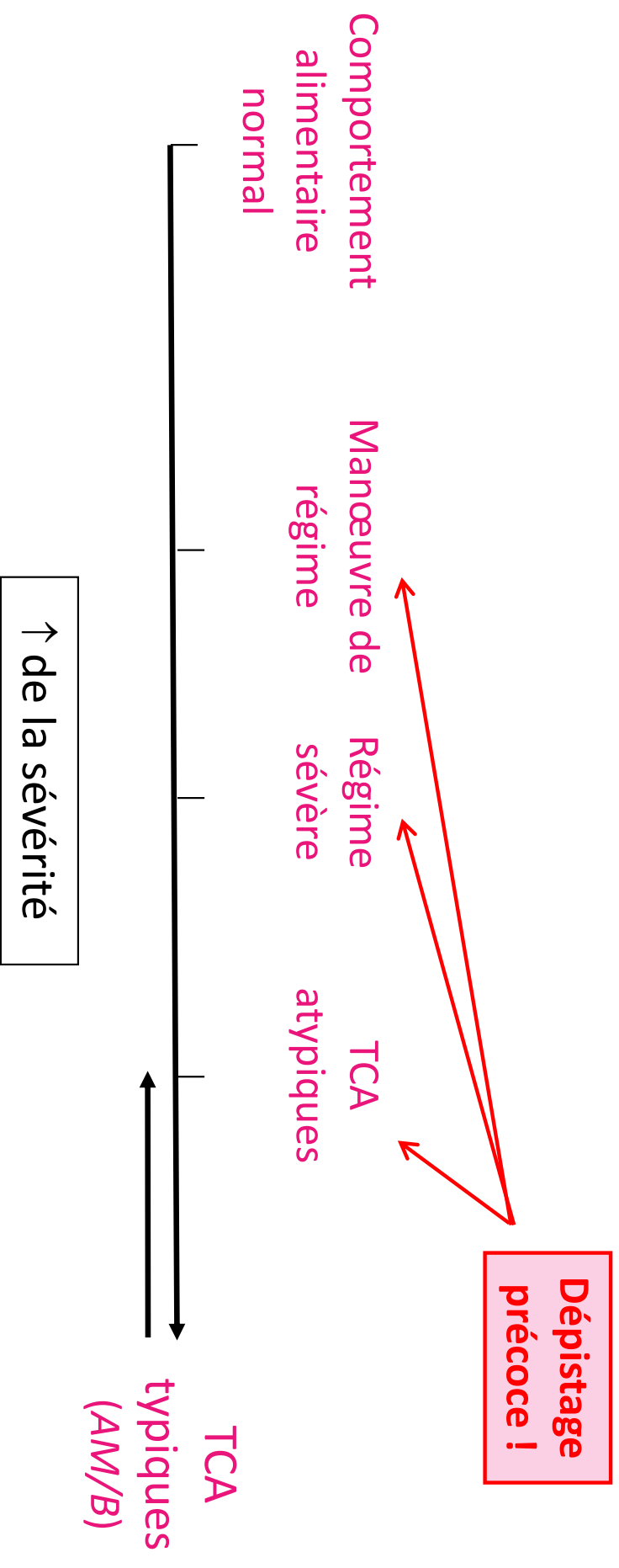
**1 adolescent sur 4
avec TCA bénéficie
d'un suivi et d'un traitement**

FAUX

1 / 10

**dont seulement 35% par des
professionnels spécialisés**

TCA: le dépistage



TCA: le dépistage



L'exemple de l'anorexie

- 1^{ère} période: désir de perdre qq kg
- 2^{ème} période: ↑ des restrictions alimentaires
- 3^{ème} période: amaigrissement « caché »
- 4^{ème} période: amaigrissement visible
- 5^{ème} période : amaigrissement inquiétant

➤ 1^{ère} consultation

TCA: pourquoi ce diagnostic souvent tardif ?

Tableau clinique souvent clair, mais diagnostic difficile à poser et retardé en vertu

- du DENI (patient- famille)
 - du manque d'informations
 - de la dissimulation / banalisation du TCA
-
- La première plainte est souvent somatique
 - Aucun examen de laboratoire (ou autre) spécifique
 - Le diagnostic repose exclusivement sur l'anamnèse et l'examen clinique

TCA: le dépistage



ANAMNESE



Variation pondérale -> toujours refaire les courbes (T – P – BMI)

TAILLE

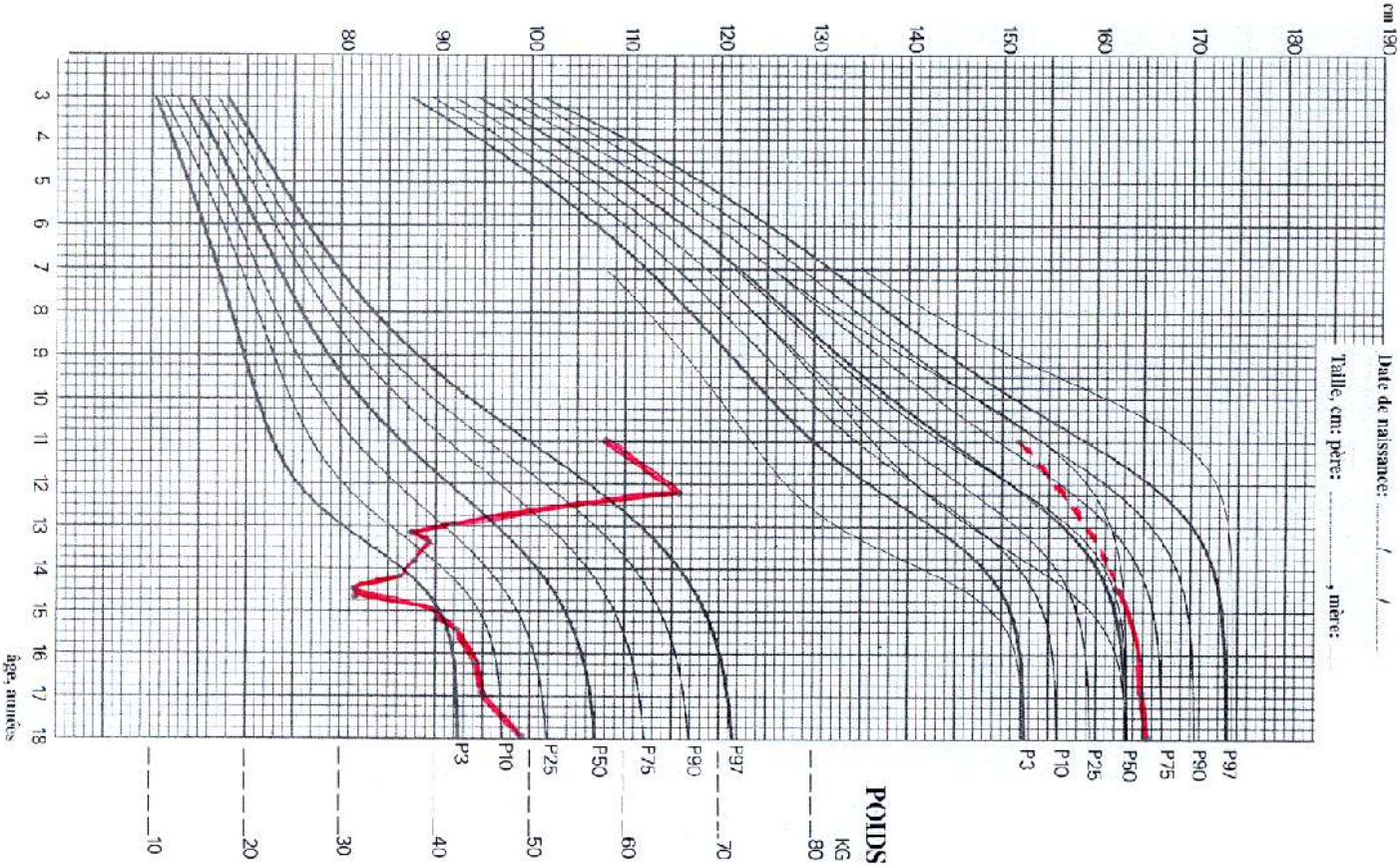
Nom: _____

Dos. N°: _____

Prénom: _____

Date de naissance: _____ / _____ / _____

Taille, cm: père: _____, mère: _____



NOM

DOS. N°:

TAILLE

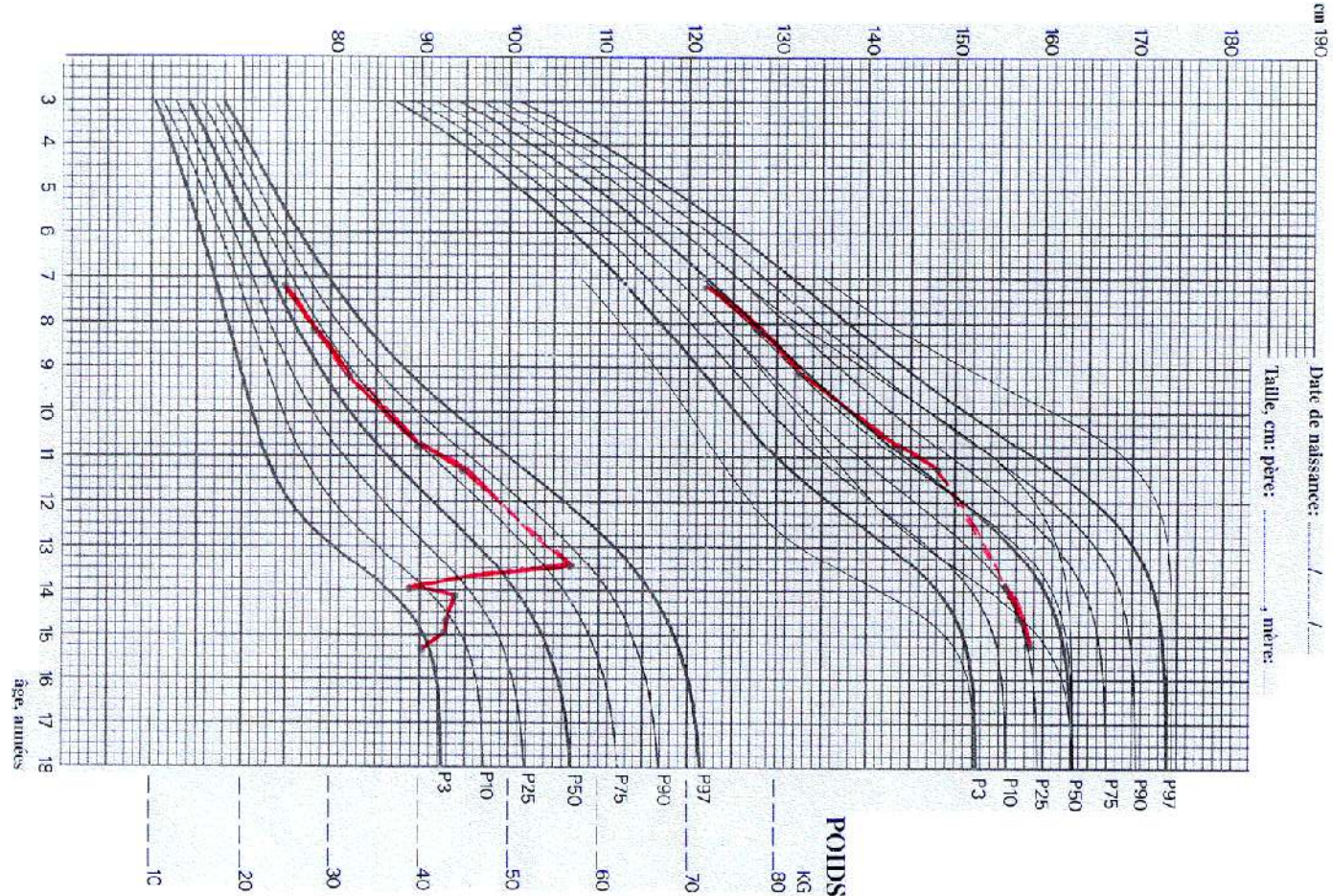
Nom: _____

Dos. N°: _____

Prénom: _____

Date de naissance: _____ / _____ / _____

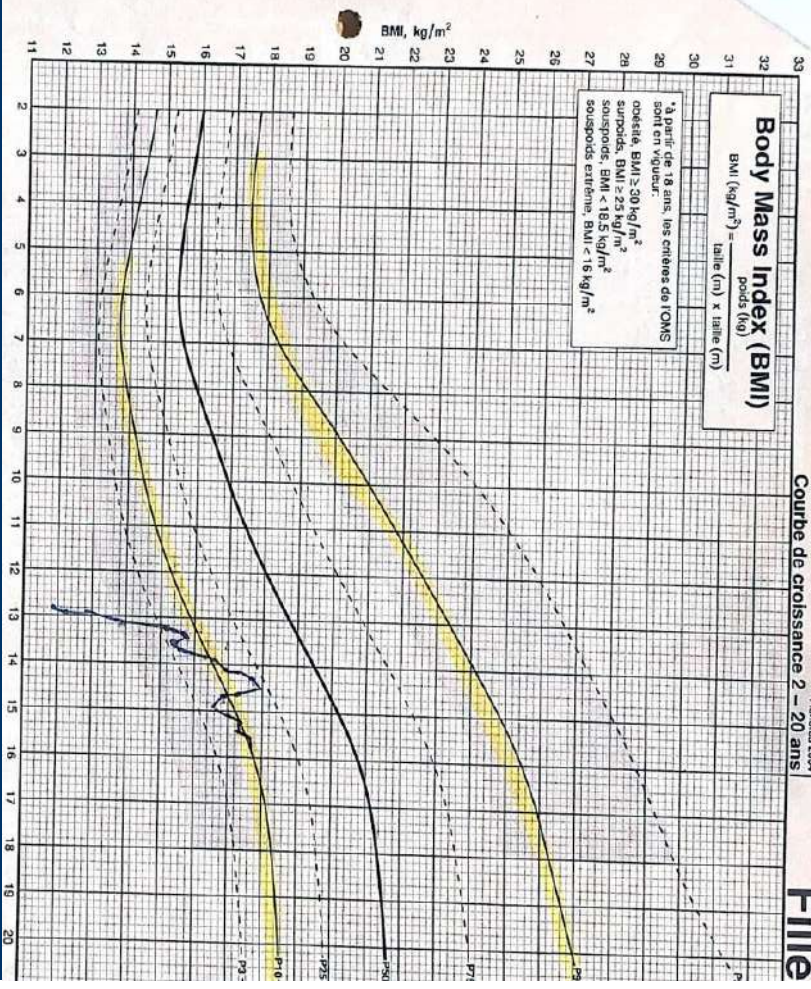
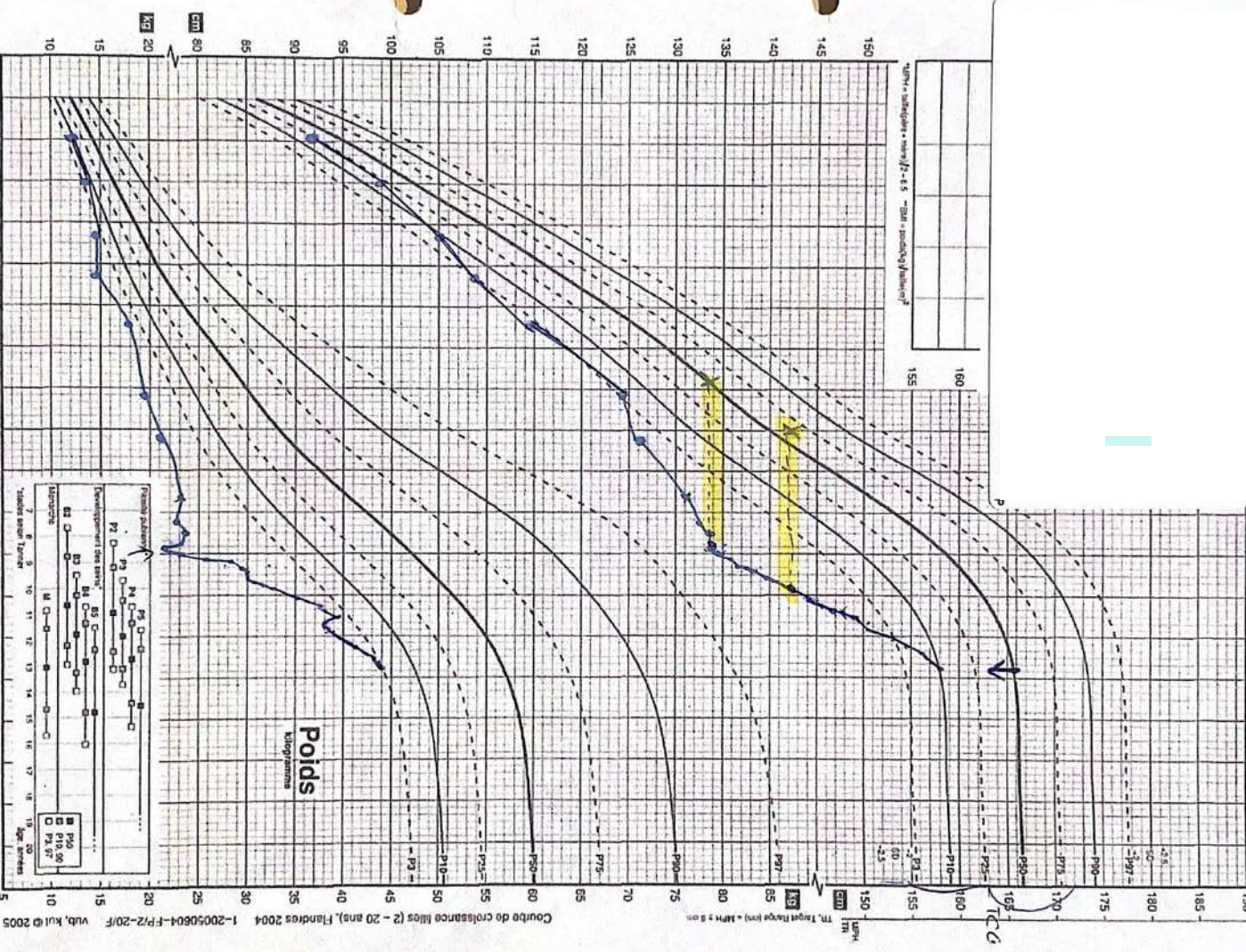
Taille, cm: père: _____, mère: _____



NOM

DOS. N°:





TCA: le dépistage



ANAMNESE



Variation pondérale -> toujours refaire les courbes (T – P – BMI)

Investiguer les préoccupations

TCA: le dépistage



SCOFF (SICK, CONTROL, ONE STONE, FAT, FOOD)

1. Vous faites-vous vomir quand vous éprouvez une sensation désagréable de plénitude gastrique ?
2. Êtes-vous effrayée quand vous perdez le contrôle sur la quantité de nourriture que vous mangez
3. Avez-vous perdu récemment plus de 6 kg sur une période de 3 mois ?
4. Croyez-vous que vous êtes trop gros(se) lorsque les autres vous disent que vous êtes maigre ?
5. Diriez-vous que l'alimentation domine votre vie ?

Personnes à risque si le score > 1

ESP (EATING DISORDER SCREEN FOR PRIMARY CARE)

1. Êtes-vous satisfait de vos habitudes alimentaires ?
2. Mangez-vous parfois en secret ?
3. Votre poids affecte-t-il la façon dont vous vous sentez ?
4. Souffrez-vous actuellement d'un trouble de l'alimentation, ou en avez-vous déjà souffert dans le passé ?

TCA: le dépistage



ANAMNESE



Variation pondérale -> toujours refaire les courbes (T – P – BMI)

Investiguer les préoccupations

Le comportement alimentaire

changements dans les habitudes
restriction (quantités, sélectivité, végété, vegan...)
règles alimentaires / croyances / rigidité/ contrôle
comportements à table
fringales
hydratation (potomanie – hydrophobie)

TCA: le dépistage



ANAMNESE



Investiguer

les comportements compensatoires

vomissements

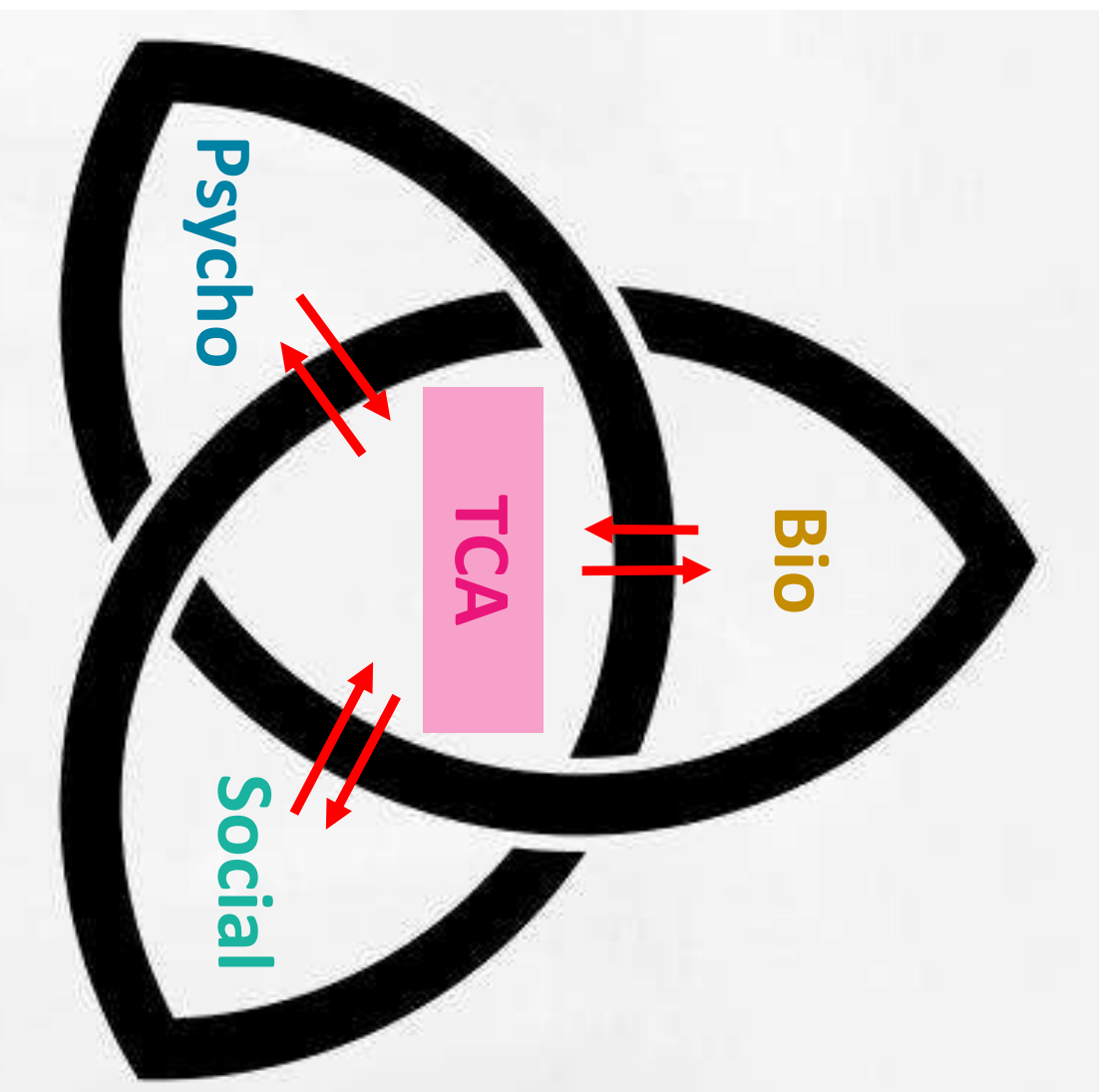
diurétiques – laxatifs – produits amincissants

exercices physiques – hyperactivité

comportements de dépenses caloriques (positions, thermoregulation)

- la **vie familiale** (tensions, conflits, ...régression affective)
- la **vie sociale** (repli, isolement)
- la **vie affective** (refoulement et désinvestissement complet de la sexualité)
- la **vie scolaire** (surinvestissement / désinvestissement, résultats)
- les **activités extrascolaires** (gachettes? – réseaux)

TCA: investiguer les répercussions



TCA: répercussions psychosociales

Retrait social
Dépression
Anxiété
TOC
Addictions
Auto-mutilations
Idées / tentatives de suicide



TCA: répercussions biologiques

SOMATIQUES:

- PR / DDR -> aménorrhée I ou II
- Sommeil -> trouble endormissement, réveils fréquents, insomnie matinale
- Transit intestinal -> constipation, RGO acides
- Frilosité
- Malaises – chutes de TA
- Asthénie
- ↓ concentration -> tardif
- Ralentissement -> idéique – verbal - confusion

Diagnostic différentiel (tableau atypique)

1. Troubles thyroïdiens
2. Maladie chronique du TD (Crohn, RCUH), malabsorption, ...
3. Néoplasies
4. Etat dépressif

TCA: risques et complications somatiques

- Complications:

- ✓ cardiaques

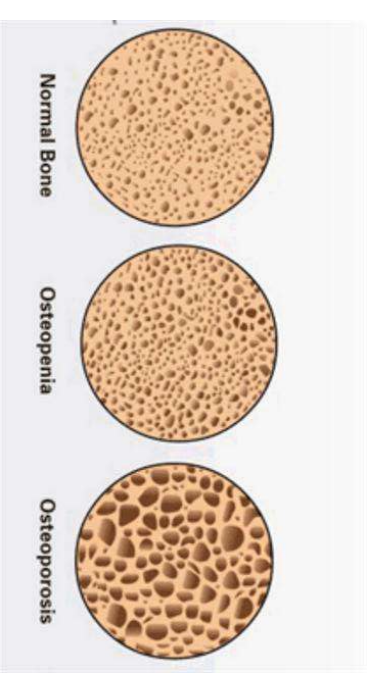
- ✓ gastro-entérologiques

- ✓ endocrinologiques

- ✓ cérébrales - neurologiques

- ✓ osseuses

- ✓ hématologiques

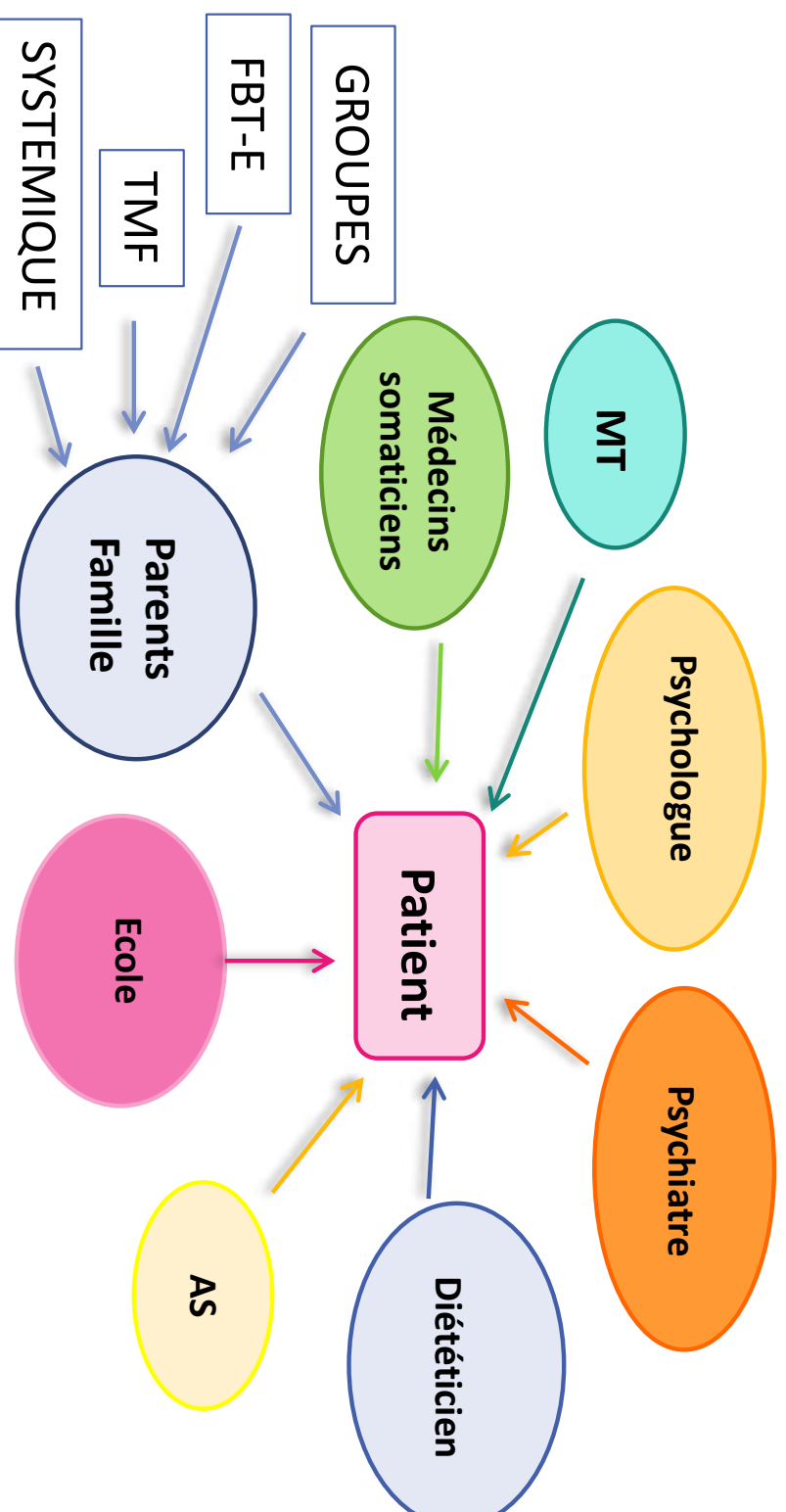


- **Ralentissement / arrêt de croissance**

TCA: plan de traitement



1. Suivi médical + stabilisation somatique
2. Rénutrition -> FBT-E, ambulatoire, séjour, ...
3. Organisation d'une PEC interdisciplinaire



TCA: plan de traitement



1. Avis médical et stabilisation somatique!
2. Renutrition -> FBT-E, séjour, ...
3. Organisation d'une PEC interdisciplinaire
4. Objectif: retour à un comportement alimentaire « normalisé » et autonome avant tout

Dr Françoise Dominé

Pédiatre – Médecin de l'Adolescent

Médecin responsable du Centre de Santé de l'Adolescent

CHC MontLégia

Boulevard Patience et Beaujonc 2

4000 Liège

francoise.domine@chc.be

Secrétariat et RDV: 04 355 51 17



Anorexie Mentale

Critères diagnostiques (DSM 5)

- **Restriction alimentaire** conduisant à une perte de poids / un poids corporel significativement bas pour l'âge, le sexe, incompatible avec le développement.
- **Altération de la perception du poids / du corps**
- **Estime de soi** fortement influencée par la perception du corps et par le poids
- **Déni**
- **Peur intense** de prendre du poids



Sous-types:

Forme restrictive

Forme purgative (30-40%)

Boulimie

Critères diagnostiques (DSM-5)

1. crises de boulimie
2. min 1x/semaine **pendant 3mois**
3. comportements compensatoires (V – L – D – H)
4. Influence +++ sur l'estime de soi
5. pas exclusivement conjointe à l'anorexie mentale ou la restriction alimentaire

Définition de la crise: au moins 3 des 5 critères

- extrême rapidité d'ingestion
- manger jusqu'à se sentir mal à l'aise
- manger de grandes quantités de nourriture sans ressentir physiquement de faim
- manger seul
- dégoût de soi, honte, déprime ou culpabilité après la crise



Binge Eating Disorder

Critères diagnostiques (DSM-5)

1. Épisodes de C+ BN
2. Min 1x/semaine durant min 3 mois
3. Perte de contrôle
4. Pas de comportements compensatoires
5. Estime de soi
6. Détresse psychique
7. Sans lien obligatoire avec AM, BN ou autres TCA évitants/restrictifs.



Anorexie

Complications médicales

Cardiaques

Endocrinologiques

Osseuses

Neurologiques

Hématologiques

Gastro-entérologiques

Bradycardie sinusale (parfois sévère)

QTc prolongé dans 25-32%

HypoTA orthostatique

Hypo-contractilité cardiaque (VG)

Epanchement péricardique

Prolapsus mitral

Lupoglazoff & al, 2001

Palla & al, 1988

Anorexie

Complications médicales

Cardiaques

Endocrinologiques

Osseuses

Neurologiques

Hématologiques

Gastro-entérologiques

↓ TSH - ↓ T3

↓ IGF-1

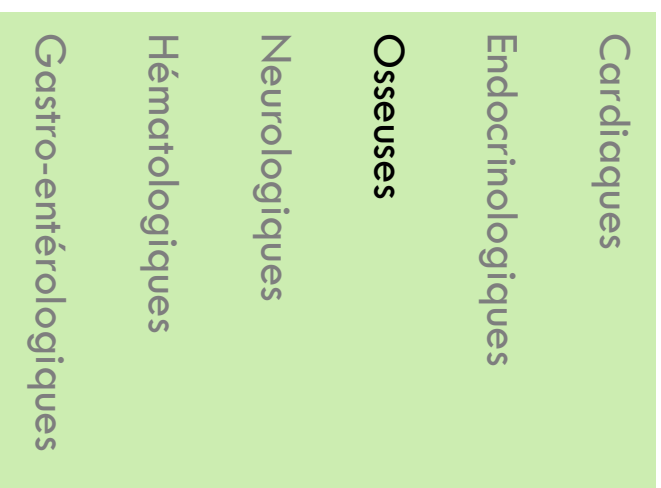
↓ LH FSH testo / oestro → aménorrhée, ↓ libido

↑ ACTH et cortisol

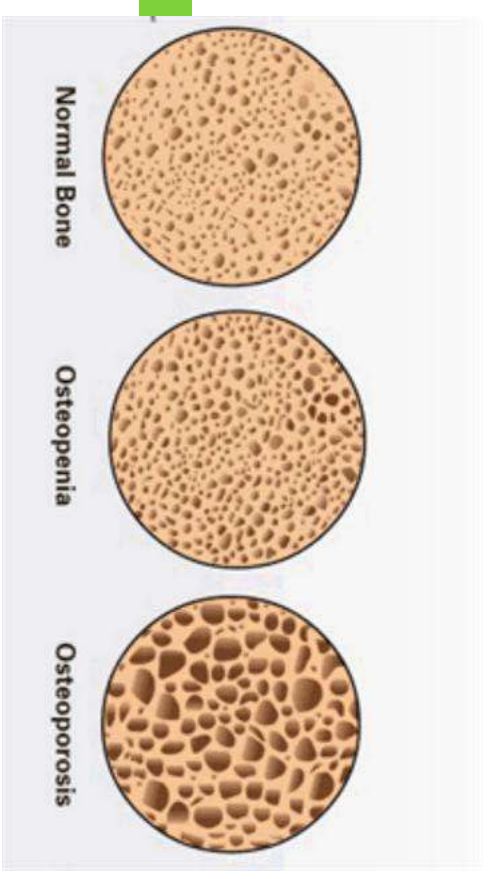
? PRL

Anorexie

Complications médicales



Ostéopénie:



- risque x3 de développer des fractures chez post-AN

Lucas AR&al, 1999

- 1/3 garde une ostéopénie de la colonne lombaire

Bachrach L&al, 1991

- facteurs impliqués dans l'ostéopénie:

carence nutritionnelle

↓ IGF-1

↑ cortisol

↓ oestrogènes

↑ activité physique

↓ ↓ Ca²⁺ et vit D

Anorexie

Complications médicales

Cardiaques

Endocrinologiques

Osseuses

Neurologiques

Hématologiques

Gastro-entérologiques

■ Symptômes:

Ralentissement idéatoire, verbal

Perte de concentration – distractibilité

Agitation, troubles du sommeil

■ Neuro imagerie:

Modifications structurelles

élargissement des ventricules, atrophie cérébrale

Perturbations fonctionnelles

hypoperfusion unilatérale (lobe temporal++).

Association avec altération des capacités visuo-spatiales et de la mémoire complexe visuelle

Anorexie

Complications médicales

Cardiaques

Endocrinologiques

Osseuses

Neurologiques

Hématologiques

Gastro-entérologiques

- ↓ GB sans immunosuppression
- ↓ GR – hémocrite
- ↓ thrombocytopénie
- Pancytopenie
- Hypokaliémie (vomissements, laxatifs)
- Hyponatrémie (potomanie, boisson ++)

Ne pas être rassuré par labo normal car la déplétion est principalement intracellulaire !!

Anorexie

Complications médicales

Cardiaques

Endocrinologiques

Osseuses

Neurologiques

Hématologiques

Gastro-entérologiques

- RGO acide
- oesophagite - gastrite
- constipation
- iléus paralytique
- hématomésés
- syndrome de Mallory-Weiss

TCA: critères d'hospitalisation

Chez l'enfant et l'adolescent	
Anamnestiques	<ul style="list-style-type: none">• Perte de poids rapide : plus de 2 kg/semaine• Refus de manger : aphasie totale• Refus de boire• Lipothymies ou malaises d'allure orthostatique• Fatigabilité voire épuisement évoqué par le patient
Cliniques	<ul style="list-style-type: none">• IMC < 14 kg/m² au-delà de 17 ans, ou IMC < 13,2 kg/m² à 15 et 16 ans, ou IMC < 12,7 kg/m² 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	<ul style="list-style-type: none">• 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 /mm³)• Thrombopénie (< 60 000 /mm³)

Critères psychiatriques d'hospitalisation

Risque suicidaire	<ul style="list-style-type: none">• Tentative de suicide réalisée ou avortée• Plan suicidaire précis• Automutilations répétées
Comorbidités	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• Rénutrition : nécessité d'une renutrition par sonde naso-gastrique, ou autre modalité nutritionnelle non réalisable en ambulatoire• Activité physique : exercice physique excessif et compulsif (en association avec une autre indication d'hospitalisation)• Conduites 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 structure• Motivation trop insuffisante, rendant impossible l'adhésion aux soins ambulatoires

Critères environnementaux d'hospitalisation

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