

Faculté de médecine d'Annaba
TD 5eme année médecine, module de psychiatrie

TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES

Dr Mokhtari. Alia
Maitre-assistante en
psychiatrie
EHS ER-RAZI ANNABA

INTRODUCTION

- L'alimentation est la première relation vitale de l'homme.
- Sémiologie extrêmement riche.
- Assure la satisfaction des besoins nutritifs Plusieurs mécanismes entrent en jeu :
 - faim,
 - satiété,
 - apprentissage alimentaire.

CLASSIFICATION

Les troubles des conduites alimentaires

- **Quantitatifs:**

- ✓ Anorexie mentale.
- ✓ Refus alimentaire.
- ✓ Boulimie.
- ✓ Anomalie de la soif.
- ✓ Binge eating disorder.
- ✓ Night eating syndrom.

- **Qualitatifs:**

- ✓ Conduite de perversion alimentaire

ANOREXIE MENTALE

1. Définition - épidémiologie:

- Restriction alimentaire Volontaire.
- Altération de la perception de l'image du corps.
- Prévalence de l'anorexie : 1 % de la population adolescente de plus de 16 ans.
- Prédominance féminine des troubles pour les formes à début pré-pubertaire :
 - Sex-ratio 1/9.
 - Taux de mortalité : 15-20 %.
 - Causes de mortalité essentiellement : dénutrition, suicide.

ANOREXIE MENTALE

2. Triades symptomatiques:

a) *Anorexie:*

- Active.
- Alternance avec des phases de boulimie.
- Déniée par la patiente.

b) *Amaigrissement:*

- Spectaculaire.
- Banalisation ou dissimulation.

c) *Aménorrhée:*

- Primaire ou secondaire.
- Perturbation endocrinienne.

ANOREXIE MENTALE

3. Les symptômes du conflit mental:

a. Conduite active de restriction alimentaire:

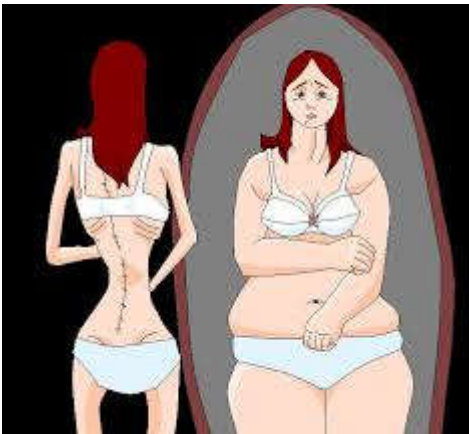
- Motivée.
- Dissimulée et masquée.
- Restriction qualitative et quantitative.
- Vomissements.
- Abus de médicaments.
- Conduite clandestine.



ANOREXIE MENTALE

B. Dymorphophobie:

- Peur permanente de grossir.
- Elle vise un idéal de minceur.
- Entraine des pesées post prandiales permanentes.



ANOREXIE MENTALE

c. Anosognosie:

- Méconnaissance et indifférence.
- Aucune inquiétude pour son état.

d. Hyperactivité et le surinvestissement moteur:

- Elle pratique du sport.
- Méconnaît la sensation de fatigue.

e. L'affectivité bloquée:

- La vie sexuelle.
- Contacts sociaux.

f. Surinvestissement intellectuel:

- Brillante.
- Capacités imaginatives sont faibles.



ANOREXIE MENTALE

4. Signes somatiques:

- Silhouette cadavérique: corps efflanqué, fente musculaire, yeux enfoncés, visage ridé, joues creusées.
- Troubles des phanères.
- Peau violacée.
- TA, T^o, FC ↓ avec constipation.



ANOREXIE MENTALE

6. Examen para clinique :

- Anémie.
- Hypokaliémie, hyponatrémie.
- Hypoglycémie, hypoprotédimie.
- Cholestérol, triglycérides augmentés.

ANOREXIE MENTALE

7. Formes cliniques :

- Anorexie avec épisodes boulimiques.
- Formes réactionnelles.
- Formes chez le garçon.
- Formes pré-pubertaires
- Formes tardives:

ANOREXIE MENTALE

8. Diagnostic différentiel :

- *Affections organiques :*

Tumeur cérébrale, maladie du tractus digestif, maladie endocrinienne et infectieuse

- *Affection psychiatriques :*

1. État dépressif.

2. La schizophrénie.

3. Les névroses:

- hystérie: contexte de frustration affective
- Phobique et obsession .

4. démence .

ANOREXIE MENTALE

9. Evolution et pronostic :

- Mort: 5 -9%.
- Guérison: 50 -60%.
- Chronicité.
- Complications somatiques :
 - ✓ Troubles digestifs : retard à la vidange gastrique Hypertrophie des glandes salivaires
 - ✓ Troubles des phanères / lanugo
 - ✓ Ostéoporose
 - ✓ Troubles de la fertilité Hypotrophie ou malformations foétales
 - ✓ Risque d'infections (mycobactérie)
 - ✓ Iatrogène (ré-alimentation trop brutale, « refeeding syndrome ») se manifestant par une aggravation de la cytolysé hépatique avec troubles de l'hémostase et hypophosphorémie à l'origine de troubles du rythme cardiaque

ANOREXIE MENTALE

Éléments de mauvais pronostic:

- Déclanchement en fin d'adolescence.
- Vomissements provoqués.
- Conduite boulimique.
- Amaigrissement important.
- Personnalité pathologique.
- Préoccupation hypochondriaques.
- Conflit familial.

ANOREXIE MENTALE

10. Prise en charge:

a) Hospitalisation :

- Durée des programmes de soins entre *trois et quatre mois* liée aux caractéristiques cliniques et évolutives des troubles.
- Etats de dénutrition parfois sévères (parfois nécessité de transfert en service de réanimation pour une renutrition médicalisée).

ANOREXIE MENTALE

b) Buts du traitement :

- Traiter la dénutrition et les problèmes biologiques associés.
- Restaurer des comportements alimentaires corrects.
- Traiter les troubles psychologiques et comportementaux.
- Prendre en compte les déficits sociaux.

ANOREXIE MENTALE

c) Le contrat thérapeutique :

- Rendu nécessaire par le fait que les comportements alimentaires pathologiques ne peuvent être déconditionnés que dans un environnement standardisé.
- Elimine le plus possible les contingences de l'environnement qui rendraient difficile l'application des techniques comportementales.
- Evite les attitudes de « *manipulation* » fréquemment rencontrées dans ce type de troubles.

ANOREXIE MENTALE

- Rassure les patientes en appliquant un cadre à l'intérieur duquel il devient difficile d'émettre des comportements de dissimulation, de stockage de nourriture, de vomissements, de boulimie, etc...
- Permet d'établir une relation de coopération entre le patient et ses thérapeutes en ce qui concerne le programme de soins.
- Fixe la durée des soins.
- Est la seule référence tout au long de la prise en charge.
- Contrat de poids:
 - Poids de levée d'isolement.
 - Poids de sortie de l'hôpital.

REFUS ALIMENTAIRE

1. Définition:

- Totale ou partielle.
- Présence d'un état psychotique ou névrotique.

2. Diagnostic positif:

- L'interrogatoire.
- Examen physique.
- Examen psychiatrique:
 - Patient coopérant.
 - Patient mutique.

REFUS ALIMENTAIRE

4. Diagnostic étiologique:

- La mélancolie.
- Délires chroniques.
- La manie.
- Confusion mentale.
- Démence.
- L'hypochondrie.
- Schizophrénie: négativisme, rationalisme morbide, empoisonnement.
- Névroses: hystérie, obsession et phobie.
- L'insuffisance mentale.

LA BOULIMIE

1. Définition:

- Accès répétés, non contrôlable d'hyperphagie.
- Comportements compensatoires volontaires.
- Prévalence de la boulimie : 3 à 5 %.



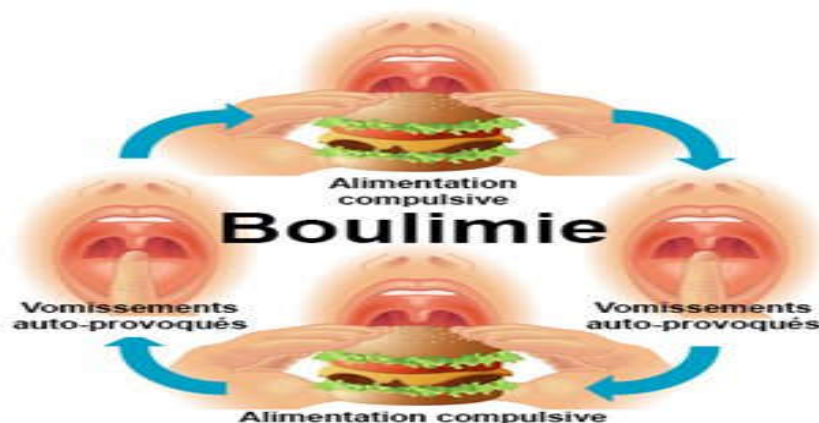
LA BOULIMIE

- Absorption en une période limitée d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances;
- Sentiment de perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise;
- Comportement compensatoire inappropriés et récurrent visant à prévenir la prise de poids: vomissements provoqués, utilisation des laxatifs ou de diurétiques, jeûne, exercice physique.

LA BOULIMIE

2. Accès boulimique:

- Phase prodromique.
- Accès proprement dit: Incontrôlable, brutal, en cachette, rapide
- Fin de l'accès: n'a plus rien à manger, a mal au ventre ou il est interrompu par un événement.



LA BOULIMIE

3. Conduites boulimiques:

- Envie de nourriture.
- Stratégies d'évitement.
- Préoccupation de la nourriture.
- Langage, rêves du type culinaire.
- Attirance pour la cuisine.
- Refus de manger en compagnie



LA BOULIMIE

4. Diagnostic différentiel:

- D'origine organique.
- D'origine psychiatrique.
- Grignotage.
- Hyperphagie.
- Voracité.

5. complications:

- Trouble du cycle menstruel.
- Hypertrophie des parotides.
- Perturbations hydro-électrolytiques.
- Atteinte stomatologique et digestives.
- Conduites suicidaires, toxicomaniaques et des épisodes dépressifs.

ANOMALIE DE LA SOIF

- Potomanie.



- Dipsomanie.



LES CONDUITES DE PERVERSION ALIMENTAIRE «PICA »

a) Définition :

Ingestion de substances non nutritives tels que terre, cailloux, végétaux, papiers, excréments, cheveux, peinture, etc... Ne représente pas une pratique culturellement admise.

LES CONDUITES DE PERVERSION ALIMENTAIRE

Ca peut être :

- Géophagie.
- L'aérophagie.
- Lithophagie.



LES CONDUITES DE PERVERSION ALIMENTAIRE

- Pagophagie.
- Coprophagie.
- vampirisme.



LES TROUBLES MÉCANIQUES DE L'ALIMENTATION

Mérycisme :

- Rumination avec régurgitation puis réingestion du bol alimentaire et ceci de façon répétée.
- La fréquence du mérycisme dans la petite enfance a considérablement diminué.
- Le mérycisme continue à exister chez des jeunes adultes anorexiques ou boulimiques