

# Troubles du comportement alimentaire et obésité

**Pr. Sébastien Guillaume**

**CHU Montpellier, Université Montpellier - INSERM U1061**

**s-guillaume@chu-montpellier.fr**



# Définition d' un TCA

- **Perturbation durable des habitudes alimentaires ou du comportement de contrôle du poids**
- **Deux éléments communs:**
  - **la préoccupation pathologique pour le poids et/ou la forme et/ou la nourriture**
  - **Le retentissement**
- **Cette perturbation ou ses caractéristiques centrales induisent des manifestations cliniques physiques ou une altération du fonctionnement psychosocial**
- **Il existe différents sous-type de TCA**
- **Des désordres alimentaires n' impliquent pas forcément un TCA**

# Les « Feeding and Eating disorders »

- **Pica**
- **Les troubles de la rumination**
- **Les évitements et restrictions alimentaires**
- **L' anorexie mentale**
- **La boulimie**
- **L' hyperphagie boulimique**
- **Les autres TCA spécifiées**
  - **Dont le syndrome d' alimentation nocturne**
- **Les troubles non spécifiés**

# Les « impulsions alimentaires »

3 types d'impulsions alimentaires qui peuvent coexister dans les différents types de TCA (ou en l'absence de TCA!!!)

- **Crise de boulimie (*binge eating*):** épisode de frénésie alimentaire marqué par l'ingestion de grandes quantités de nourriture (subjectives ou objectives) en **un temps limité** avec le sentiment de **perte de contrôle**

**crises de boulimie ≠ boulimique !**

- **Excès alimentaires (*overeating épisode*):** pas de perte de contrôle
- **Grignotage = pas de critère de temps ni de quantité**

# L'hyperphagie boulimique

- A. Crise de boulimie
- B. Les épisodes de frénésie alimentaire sont associés à trois (ou plus) des éléments suivants:
  1. Prise alimentaire beaucoup plus rapide que la normale
  2. Prise alimentaire jusqu'à se sentir mal à l'aise
  3. Prise alimentaire sans sensation physique de faim
  4. Prise alimentaire solitaire du fait de la honte des quantités ingérées
  5. Sensation de dégoût, de déprime ou de culpabilité post crise
- C. Détresse autour de ces accès hyperphagiques
- D. Les crises de boulimie surviennent, en moyenne, au moins une fois par semaine pendant trois mois.
- E. Pas de comportements compensateurs

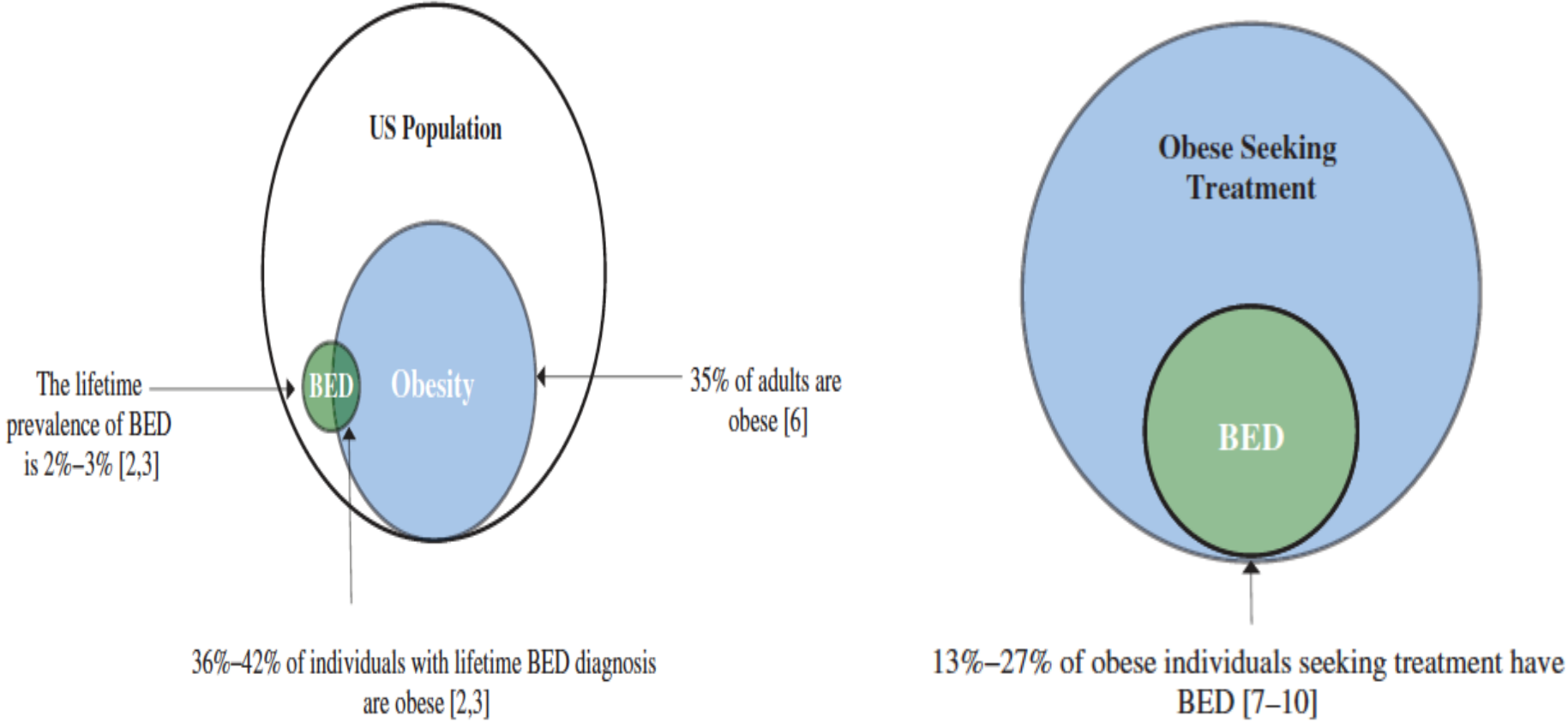
**Le diagnostic répond à des critères précis**

# Prévalence sur la vie de l'hyperphagie boulimique

|    | Population adulte | Femmes | Hommes |
|----|-------------------|--------|--------|
| AN | 0,6%              | 0,9%   | 0,3%   |
| BN | 1%                | 1,5%   | 0,5%   |
| HB | 3%                | 3,5%   | 2%     |

- **Sexe ratio moins déséquilibré**
- **Age de début plus tardif**
- **Prévalence en hausse au cours du temps**

# Hyperphagie boulimique et obésité



# **Obésité avec HB versus obésité sans HB: différences clinique (en contrôlant sur l' IMC)**

- **Plus susceptibles d'éprouver des émotions négatives post-prandiale**
- **Plus susceptibles à des yo-yo pondéraux**
- **Plus de prises alimentaires en cas d'émotions négatives ou de stress**
- **Plus de prises alimentaires motivées par des besoins hédoniques**
- **Moins de sensations de faim et de satiété**
- **Plus de prise alimentaire lors repas, grignotage et épisode d'excès alimentaire.**



# Obésité avec HB versus obésité sans HB: différences clinique (en contrôlant sur l' IMC)

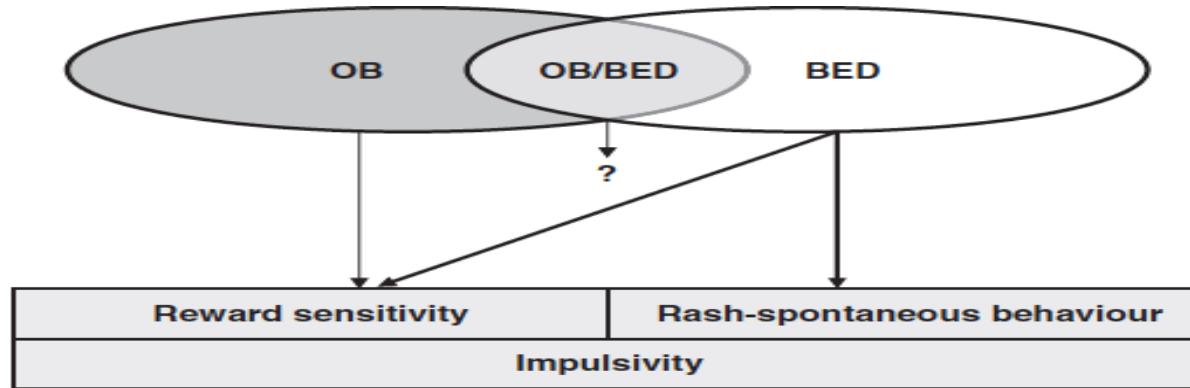
- Profil psychopathologique plus sévère

| SCL-90 domains            | BED (n = 54)  | Non-BED (n = 149) | <i>P</i> |
|---------------------------|---------------|-------------------|----------|
| Somatization              | 1.855 ± 0.930 | 1.448 ± 0.766     | .0019    |
| Obsessivity-Compulsivity  | 1.892 ± 0.936 | 1.450 ± 0.866     | .0019    |
| Interpersonal sensitivity | 1.978 ± 0.867 | 1.405 ± 0.908     | .0001    |
| Depression                | 1.879 ± 0.867 | 1.341 ± 0.828     | .002     |
| Anxiety                   | 1.497 ± 0.888 | 1.084 ± 0.701     | .0031    |
| Hostility                 | 1.241 ± 0.787 | 1.013 ± 0.850     | .027     |
| Phobic anxiety            | 1.187 ± 0.938 | 0.795 ± 0.798     | .0064    |
| Paranoid ideas            | 1.512 ± 0.746 | 1.036 ± 0.758     | <.0001   |
| Psychoticism              | 1.363 ± 0.800 | 0.898 ± 0.648     | .001     |
| GSI                       | 1.664 ± 0.720 | 1.205 ± 0.637     | <.0001   |

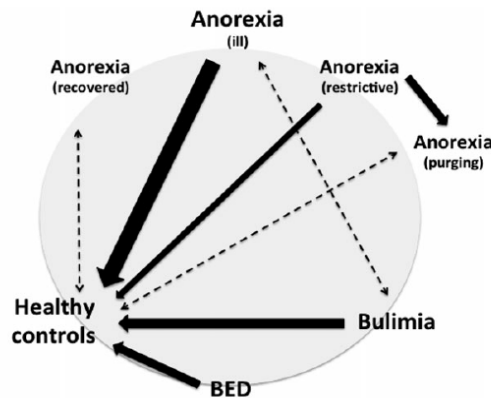
- Risque suicidaire plus important
- Fonctionnement plus altéré

# Obésité avec HB versus obésité sans HB: différences neurocognitives

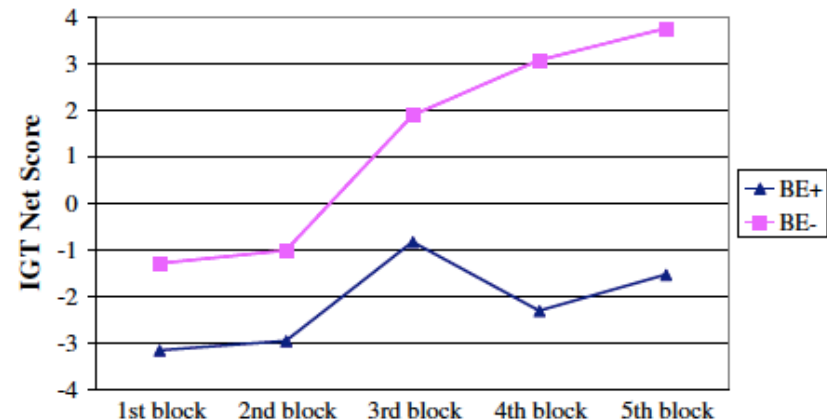
- HB plus impulsif



- HB plus d' altération de prise décision



: Significant association  
 : Non significant association



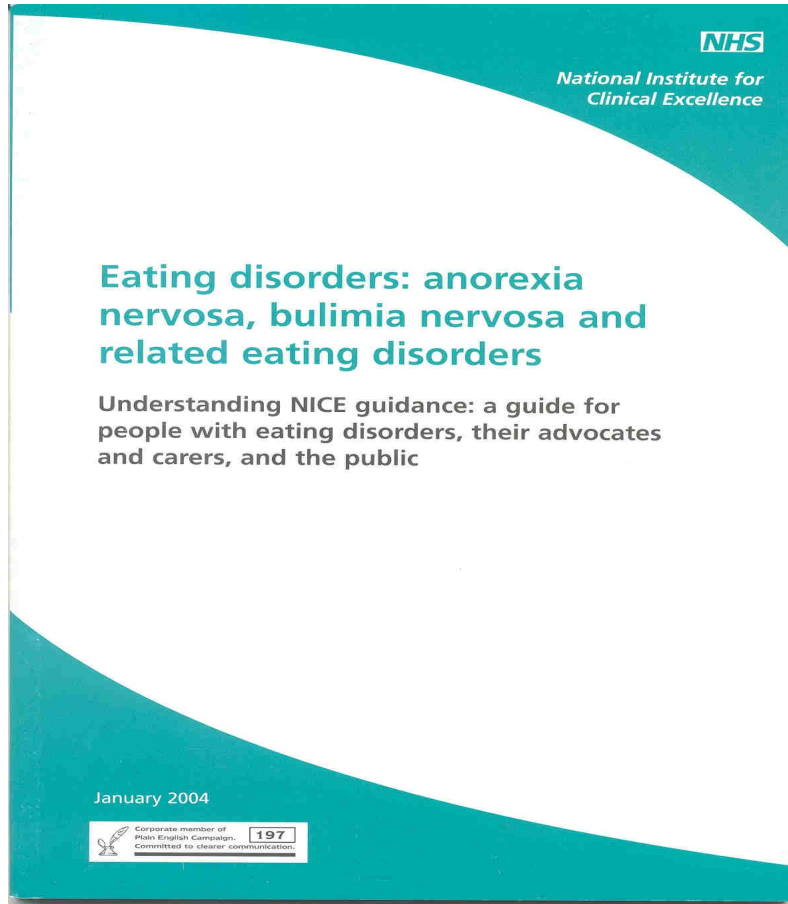
# **HB est un trouble valide (se distingue des autres TCA)**

- **Etudes de suivi: diagnostic valide et stable dans le temps**
- **Similitudes avec AN & BN : importance de poids / forme, psychopathologie, retentissement fonctionnel, utilisation des soins**
- **Agrégation familiale et vulnérabilité génétique**
- **Profil démographique (début plus tardif, sex-ratio plus équilibré, plus de minorités ethniques)**
- **Pas d'histoire d'AN (différence avec BN)**
- **Évolution plus longue que AN et BN**
- **Différences de prise alimentaire et de sélection avec BN**
- **Complications somatiques prévisibles différentes (obésité sévère)**

## En résumé

- **L'hyperphagie boulimique répond à des critères précis**
- **L'hyperphagie boulimique est un sous type de TCA valide**
- **L'hyperphagie boulimique est fortement associée à l'obésité mais:**
  - **Un HB n'implique pas systématiquement une obésité**
  - **Environ 2/3 des sujets souffrant d'obésité n'ont pas d'HB (mais peuvent avoir des désordres alimentaires)**

# Principe de PEC



|     | Grade A | Grade B | Grade C |
|-----|---------|---------|---------|
| AN  | 0       | 1       | 49      |
| BN  | 1       | 7       | 10      |
| BED | 2       | 5       | 3       |

**Recommandation française attendue pour le printemps 2017**

# Objectifs du traitement de l'hyperphagie boulimique

## Médecin

- Arrêt des crises
- Améliorer les attitudes / forme & poids
- Prévenir la prise de poids / obtenir une perte modérée
- Normaliser le comportement alimentaire
- Réduire la comorbidité
  - Normaliser l' humeur
  - Réduire anxiété et abus de substances
  - Réduire impulsivité / compulsivité

## Patient

- Perdre du poids
- Perdre plus de poids
- Perdre encore plus de poids!
- Arrêt des crises
- Améliorer les attitudes / forme & poids

# Les 4 axes de la prise en charge spécifique

- 1) **Conseils hygièno diététiques et soutien**
- 2) **Self Help**
- 3) **Prise en charge psychothérapique spécifique**
- 4) **Prise en charge médicamenteuse spécifique**

**A cela s'ajoute la nécessité de traiter les comorbidités**

# Conseils hygiéno-diététiques et soutien

- **Retrouver ses repères : manger à l'heure , au bon rythme à table, avec un couvert complet**
- **Manger même après une crise !**
- **Le concept de restriction cognitive**
- **Le concept de sensation alimentaire**
- **Les rituels et croyances associés**
- **Les distorsions cognitives:**
  - **Si je mange un gâteau je finirai le paquet**
  - **Foutu pour foutu quand je commence une crise je me lâche**
- **....**



# Les 4 axes de la prise en charge spécifique

- 1) **Conseils hygièno diététiques et soutien**
- 2) **Self Help**
- 3) **Prise en charge psychothérapique spécifique**
- 4) **Prise en charge médicamenteuse spécifique**

**A cela s'ajoute la nécessité de traiter les comorbidités**

# Les techniques de self help

- **Peuvent prendre plusieurs formes:**
  - **Self help simple (livres, internet, CD, etc..)**
  - **Self help guidé:**
    - **Utilise les mêmes outils (livres, internet, CD, etc..)**
    - **Associé à un contact régulier avec un soignant (via mail, téléphone, face à face)**

**Maintenant bien évaluées: > 30 études dans la boulimie ou l'hyperphagie boulimique**

# Différents outils (en français)

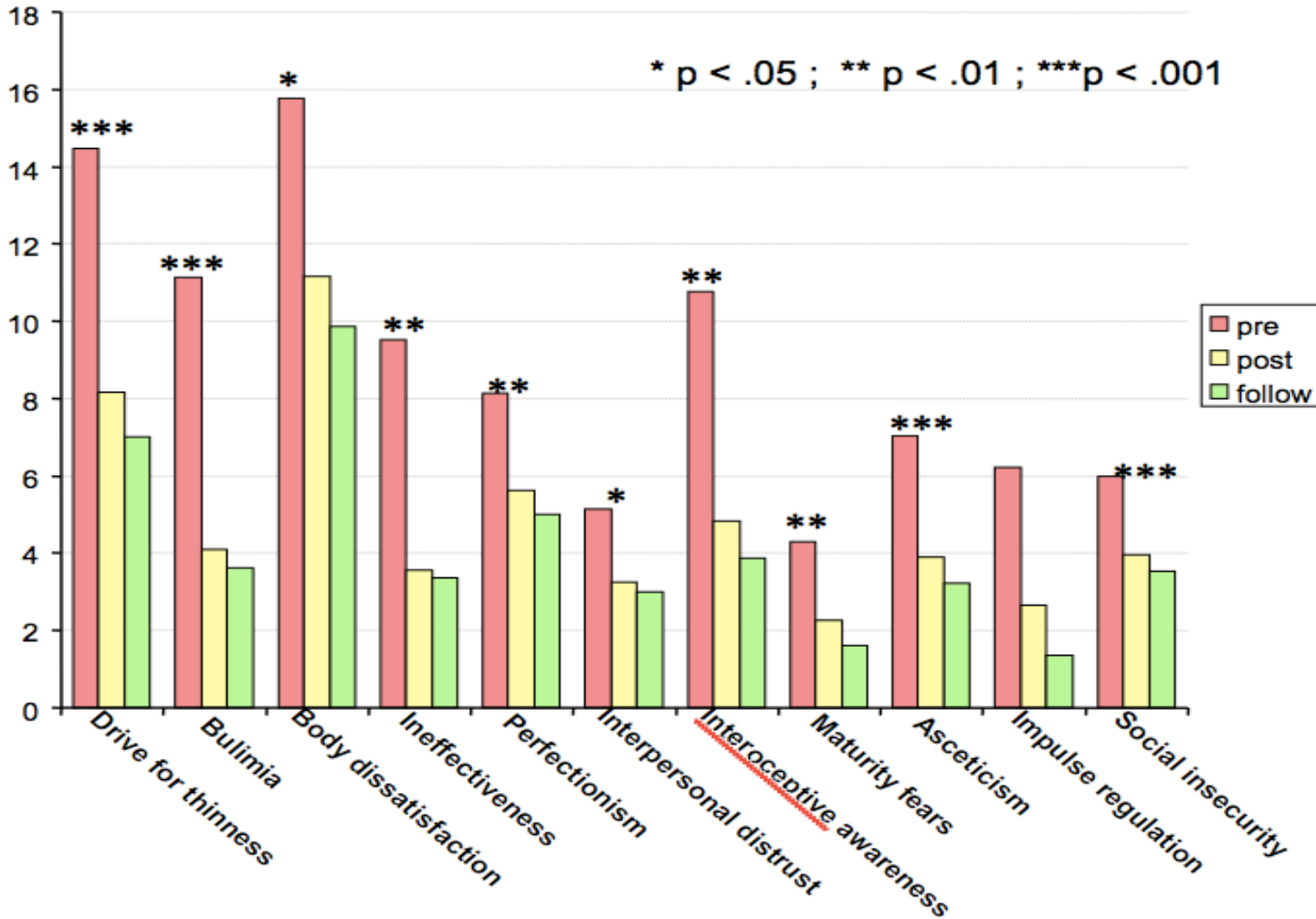
## **Livres :**

- **Perroud A. «Faire face à la boulimie » (Retz, 2000)**
- **Nef F & Simon Y « Comment sortir de la boulimie » (O Jacob)**
- **Zermati Y « maigrir sans régime » (O Jacob)**

## **Internet :**

- **Programme en ligne SALUT-BN**
- **« STEP on-line » : pour des patients avec HB en surpoids ou obèses ( Hôpitaux de Genève)**
- **Programme de coaching association Autrement**

# Evolution de la symptomatologie dans le cadre d'un programme de self-help par internet



# Avantages / Limites

- **Avantages:**
  - **Solution:**
    - **au manque de psychothérapeutes**
    - **à l' éloignement géographique**
  - **Plus grande accessibilité : 24/24, depuis n' importe quel endroit**
  - **Préparation à une prise en charge plus spécialisée**
  - **Facile d' utilisation, rythme personnalisé**
- **Limites**
  - **Peu de programmes/livres disponible en français dans l' HB**
  - **Problèmes de financement dans le système de soins français**

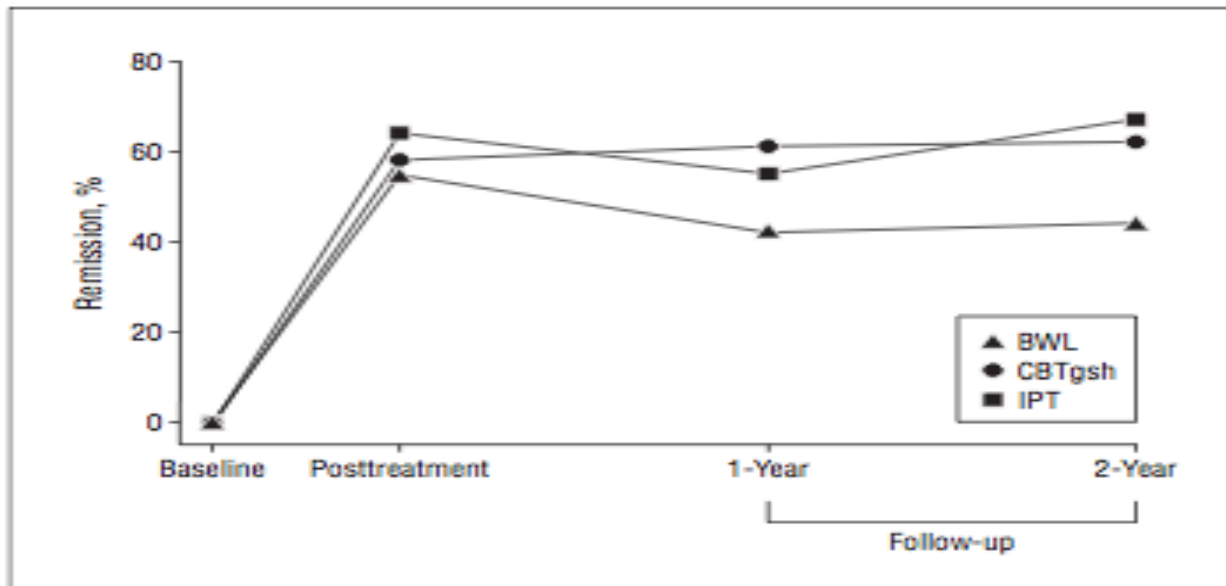
# **Les 4 axes de la prise en charge spécifique**

- 1) Conseils hygièno diététiques et soutien**
- 2) Self Help**
- 3) Prise en charge psychothérapique spécifique**
- 4) Prise en charge médicamenteuse spécifique**

**A cela s'ajoute la nécessité de traiter les comorbidités**

# HB et psychothérapie

- La TCC
  - Est efficace
  - Se maintient à long terme
- Alternative
  - Thérapie interpersonnelle



# TCC et IMC dans l' HB

**Table 3. Weight and Global EDE Outcomes at Posttreatment and Follow-up**

| Characteristic            | Mean (SD)       |                |                 |                 |                 |                 |                |                |                 |                |                |                |
|---------------------------|-----------------|----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|----------------|-----------------|----------------|----------------|----------------|
|                           | BWL             |                |                 |                 | CBTgsh          |                 |                |                | IPT             |                |                |                |
|                           | Base-line       | Post-treatment | Follow-up       |                 | Base-line       | Post-treatment  | Follow-up      |                | Base-line       | Post-treatment | Follow-up      |                |
|                           |                 |                | 1-Year          | 2-Year          |                 |                 | 1-Year         | 2-Year         |                 |                | 1-Year         | 2-Year         |
| No. of binge days         | 16.3<br>(5.9)   | 4.3<br>(7.9)   | 6.5<br>(8.7)    | 5.8<br>(8.5)    | 16.6<br>(7.3)   | 3.8<br>(7.2)    | 4.3<br>(7.8)   | 3.7<br>(7.3)   | 16.1<br>(6.6)   | 3.7<br>(7.2)   | 4.8<br>(7.6)   | 4.3<br>(7.8)   |
| BMI                       | 36.8<br>(5.5)   | 35.4<br>(5.7)  | 36.0<br>(6.2)   | 36.3<br>(6.2)   | 36.2<br>(4.3)   | 36.1<br>(4.4)   | 35.7<br>(4.9)  | 35.7<br>(5.0)  | 36.3<br>(5.1)   | 35.9<br>(5.3)  | 35.9<br>(5.4)  | 36.1<br>(5.5)  |
| Weight, kg                | 103.5<br>(22.6) | 99.8<br>(23.2) | 101.7<br>(25.2) | 102.1<br>(24.6) | 100.3<br>(14.0) | 100.0<br>(14.1) | 98.8<br>(15.1) | 99.3<br>(15.6) | 100.4<br>(18.6) | 99.1<br>(18.3) | 99.3<br>(19.0) | 99.5<br>(18.7) |
| 5% Reduction in weight, % | 0               | 41             | 27              | 27              | 0               | 15              | 26             | 23             | 0               | 15             | 21             | 21             |
| Global EDE score          | 2.8<br>(0.8)    | 2.1<br>(1.0)   | 2.2<br>(1.0)    | 2.0<br>(1.2)    | 2.7<br>(0.8)    | 1.7<br>(1.0)    | 1.7<br>(0.9)   | 1.7<br>(1.0)   | 2.8<br>(0.7)    | 1.8<br>(0.9)   | 1.9<br>(1.0)   | 1.7<br>(1.1)   |



# **Les 4 axes de la prise en charge spécifique**

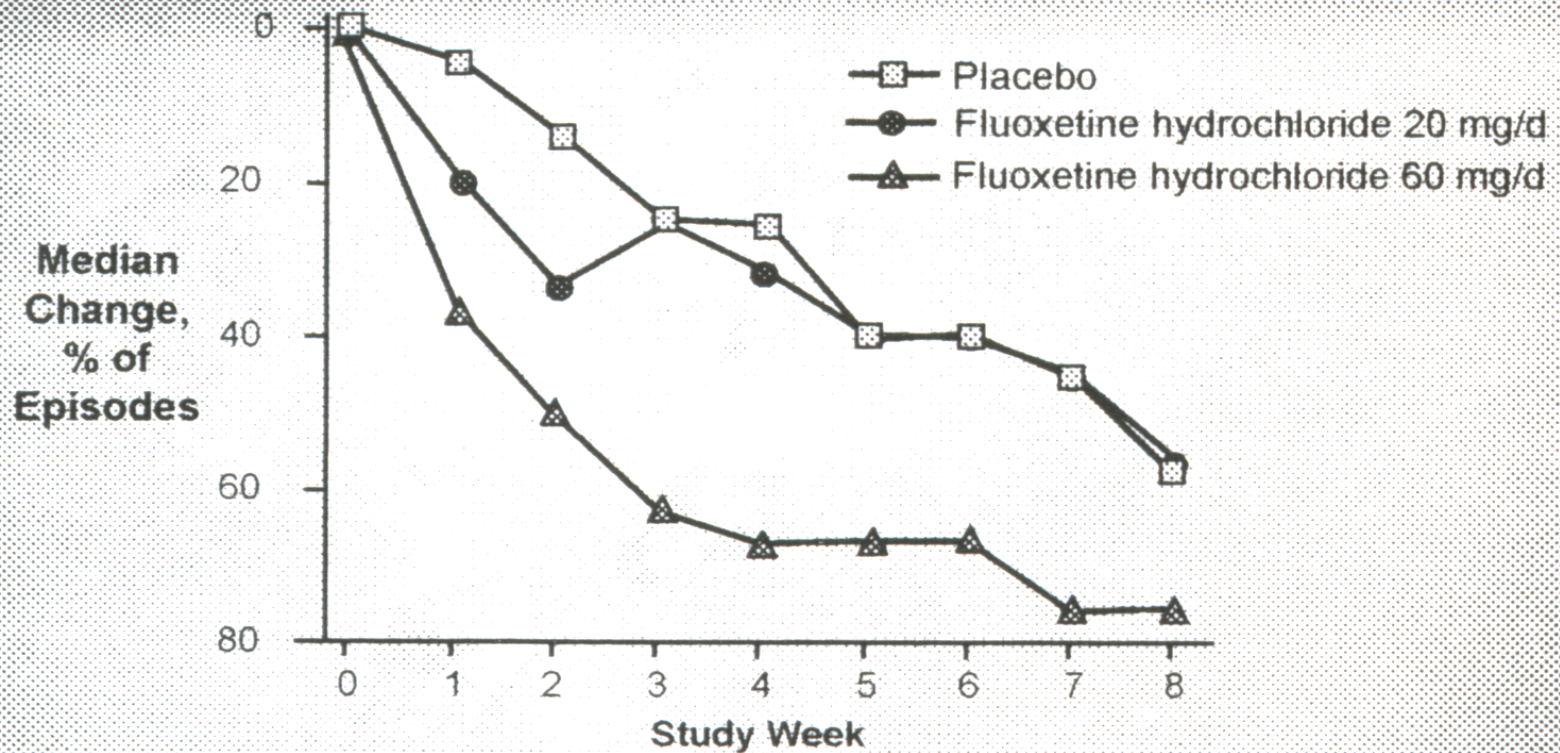
- 1) Conseils hygièno diététiques et soutien**
- 2) Self Help**
- 3) Prise en charge psychothérapique spécifique**
- 4) Prise en charge médicamenteuse spécifique**

**A cela s'ajoute la nécessité de traiter les comorbidités**

# Antidépresseurs et HB

- **Efficacité supérieure au placebo pour**
  - **les taux de réponse (diminution de 50% de la fréquence des binges)**
  - **et de rémission (100%)**
- **Mais**
  - **pas de données à long-terme**
  - **réponse placebo élevée**
  - **pas de comparaison adéquate avec TTT psychologique**

# Quelle posologie ?



Fluoxetine Bulimia Nervosa Collaborative Study Group. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:139-147

# Conduite du TTT pharmacologique

- **A privilégier en cas de comorbidité dépressive ou anxieuses?**
- **Bonnes doses**
- **Durée de TTT identique à EDM: 6-12 mois**
- **Ne doit pas être isolée**

# Topiramate

- **Traitement efficace mais balance bénéfice risque modérée**
- **Guidelines :**
  - **Ne recommandent par leur utilisation en pratique courante**
  - **Utilisation doit être réservée à des centres spécialisés**

# Baclofene

- **Hypothèse physiopathologique intéressante**
- **Mais**
  - **les preuves se limitent**
    - **2 petits essais sur le court terme**
    - **Des rapports de cas**
  - **Effet secondaires importants**
- **En l'absence de données sur la balance bénéfique risque, le baclofene ne doit pas être prescrit dans les troubles alimentaires en dehors de protocoles de recherche**

# Syndrome d' alimentation nocturne

- A. The daily pattern of eating demonstrates a significantly increased intake in the evening and/or nighttime, as manifested by one or both of the following:
  1. At least 25% of food intake is consumed after the evening meal
  2. At least two episodes of nocturnal eating per week
- B. Awareness and recall of evening and nocturnal eating episodes are present.
- C. The clinical picture is characterized by at least three of the following features:
  1. Lack of desire to eat in the morning and/or breakfast is omitted on four or more mornings per week
  2. Presence of a strong urge to eat between dinner and sleep onset and/or during the night
  3. Sleep onset and/or sleep maintenance insomnia are present four or more nights per week
  4. Presence of a belief that one must eat in order to initiate or return to sleep
  5. Mood is frequently depressed and/or mood worsens in the evening
- D. The disorder is associated with significant distress and/or impairment in functioning.
- E. The disordered pattern of eating has been maintained for at least 3 months.
- F. The disorder is not secondary to substance abuse or dependence, medical disorder, medication, or another psychiatric disorder.

# **Syndrome d'alimentation nocturne: épidémiologie**

- **Prévalence:**
  - **faible en population générale**
  - **pourrait atteindre 6 à 10 % en population de patients consultant pour une obésité**
  - **pourrait atteindre 25% des patients en pré chirurgie**
- **Ratio h/f moins déséquilibré que dans les TCA restrictifs**
- **Age d'apparition plus tardif que dans les TCA classiques**



# **Syndrome d'alimentation nocturne et rythme**

- **Perturbation clinique des rythmes alimentaire, thymique, du sommeil**
- **Perturbation des rythmes circadiens:**
  - **Glucose: inversion du rythme de sécrétion**
  - **Retard de phase dans la cycle de la leptine de l'insuline et de la mélatonine**
- **Peu de préoccupation pour le poids la forme et la silhouette**

**Doit on classifier comme un TCA?**

# Traitement du syndrome d'alimentation nocturne

- **Peu d'études**
- **Les traitements proposés actuellement (faible niveau de preuve):**
  - **TCC**
  - **ISRS**
- **En phase d'évaluation:**
  - **Traitements chronobiologiques**

# Les TCA « hyperphagiques » en post chirurgie

- **Syndrome d' alimentation nocturne:**
  - Environ 10% des patients en demande de chirurgie
  - Pourrait diminuer en post chirurgie et ne semble pas impacter le pronostic pondéral
- **Une hyperphagie boulimique**
  - Littérature disparate et de faible qualité méthodologique
  - Est le trouble psychiatrique associé au moins bon pronostic pondéral en post chirurgie
  - Consensus: traitements similaires à ceux hors chirurgie

## Les TCA « restrictifs »

- Peu de données épidémiologiques sur la prévalence

| Participant no. | Age | BMI (pre) | BMI (adm) | Caloric Restriction | Fear Weight Gain | Weight/ Shape Influence | Binge | Compensatory Behaviors        | Post-Bariatric Behaviors                | DSM-4  | DSM-5                 |
|-----------------|-----|-----------|-----------|---------------------|------------------|-------------------------|-------|-------------------------------|---|--------|-----------------------|
| 1               | 65  | 58.6      | 23.8      | ✓                   | ✓                | ✓                       | —     | Vomiting                      | —                                       | EDNOS  | AN-P                  |
| 2               | 52  | 79.3      | 33.9      | ✓                   | ✓                | ✓                       | —     | Over-exercise                 | —                                       | EDNOS  | EDNEC (Atypical AN-R) |
| 3               | 31  | 48.7      | 29.6      | ✓                   | ✓                | ✓                       | —     | Over-exercise                 | —                                       | EDNOS  | EDNEC (Atypical AN-R) |
| 4               | 52  | 42.4      | 17.4      | ✓                   | ✓                | ✓                       | —     | —                             | Vomiting; Plugging                      | AN-R   | AN-R                  |
| 5               | 64  | 47.4      | 21.2      | ✓                   | ✓                | ✓                       | —     | —                             | Grazing; Vomiting                       | EDNOS  | EDNEC (Atypical AN-R) |
| 6               | 23  | 66.2      | 39.6      | —                   | —                | ✓                       | ✓     | Vomiting                      | —                                       | BN     | BN                    |
| 7               | 69  | 43.1      | 28.8      | ✓                   | ✓                | ✓                       | —     | —                             | —                                       | EDNOS  | EDNEC (Atypical AN-R) |
| 8               | 29  | 43.6      | 27.9      | —                   | —                | ✓                       | ✓     | Vomiting, Laxative, Diuretics | Chew & Spit; Grazing; Dumping; Plugging | BN     | BN                    |
| 9               | 61  | 40.6      | 21.1      | ✓                   | ✓                | ✓                       | —     | Diuretics                     | Chew & Spit; Vomiting; Dumping          | EDNOS  | AN-P                  |
| 10              | 52  | 47.4      | 13.1      | ✓                   | ✓                | ✓                       | ✓     | Vomiting                      | Chew & Spit                             | AN-B/P | AN-B/P                |
| 11              | 26  | 44.8      | 17.3      | ✓                   | ✓                | ✓                       | —     | Diet Pills                    | —                                       | AN-R   | AN-R                  |
| 12              | 38  | 45.2      | 19.8      | ✓                   | ✓                | ✓                       | —     | —                             | Vomiting; Plugging                      | EDNOS  | AN-R                  |

- Pas de données sur le traitement optimal
- Enjeux autour du dépistage précoce