



**CHU
NICE**



Dépistage des TCA en cas d'obésité

Faredj CHERIKH

**Psychiatrie de Liaison et
addictologie
CHU de Nice**



- La prévalence des troubles du comportement alimentaire chez les patients obèses est en augmentation et varie entre 15 et 50% des sujets selon les échantillons des études .

Golay A, Volery M. Comment détecter des troubles du comportement alimentaire chez des patients obèses. Rev Med Suisse [Internet]. 2001;647(2353).

- **La nourriture peut avoir un effet anxiolytique par exemple ou être utilisée pour gérer des émotions .**

Godart N., Perdereau F, Jeammet P, Flament M. Comorbidité et chronologie d'apparition des troubles anxieux dans les troubles du comportement alimentaire. Ann Médico-psychologiques, Rev Psychiatr. 2003 Sep;161(7):498–503.

Les contre-indications psychiatriques absolues

- **TCA: la boulimie, l'anorexie-boulimie**
- Psychoses chroniques non stabilisées
- Addictions: toxicomanie et alcoolisme = utilisation actuelle et continue
- Troubles de l'humeur sévères non stabilisés
- Absence de consentement éclairé (retard mental)

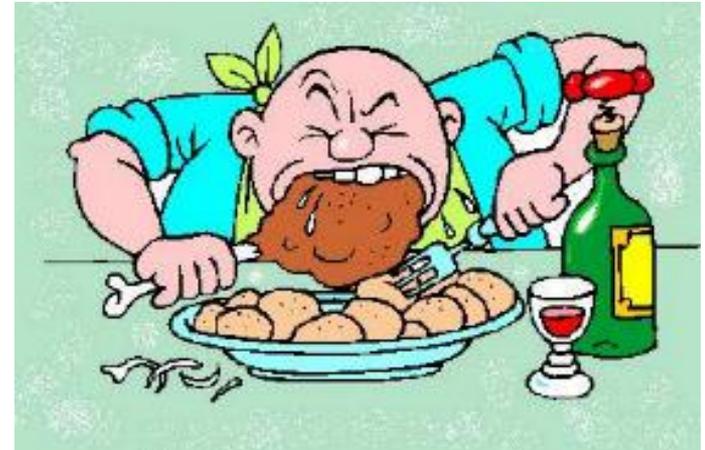
Pourquoi évaluer les TCA ?

- La contre indication majeur:
Boulimie, anorexie, anorexie/
boulimie
- Les premiers échecs des
anneaux gastriques
essentiellement dus aux
compulsions alimentaires.

La solution apportée pour traiter
les compulsifs, le gastric by pass.

- On ne doit pas s'arrêter aux
troubles psychiatriques, mais
de bien explorer les TCA.
- Ce qui pose le plus de
problèmes. Pourquoi?

- On retrouve chez les
obèses, **1 cas sur 2 des
compulsions alimentaires.**
(souvent cause de prise de
poids ou de son entretien)
- Souvent non dépistées et
ignorées
- Enjeux pronostic et de prise
en charge



The epidemiology of eating disorders in six European countries: Results of the ESEMeD-WMH project

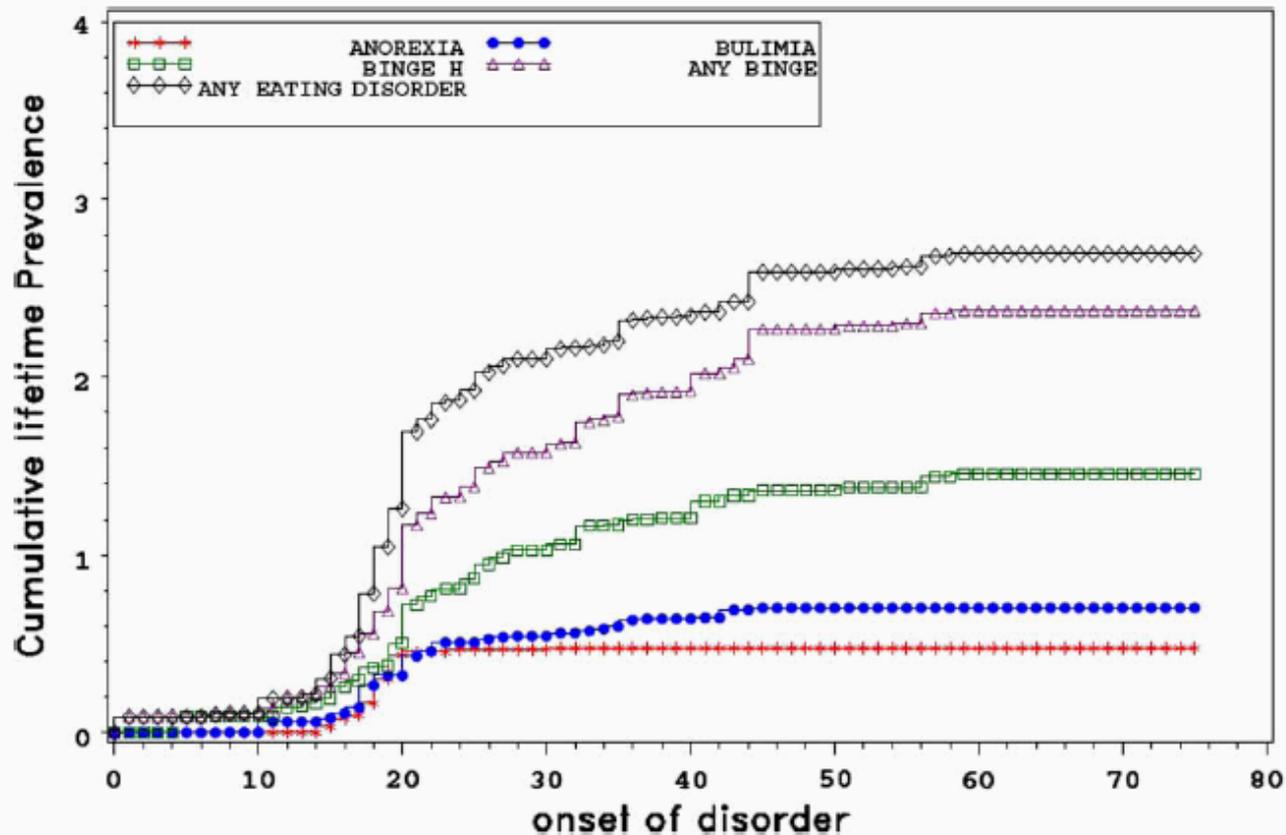
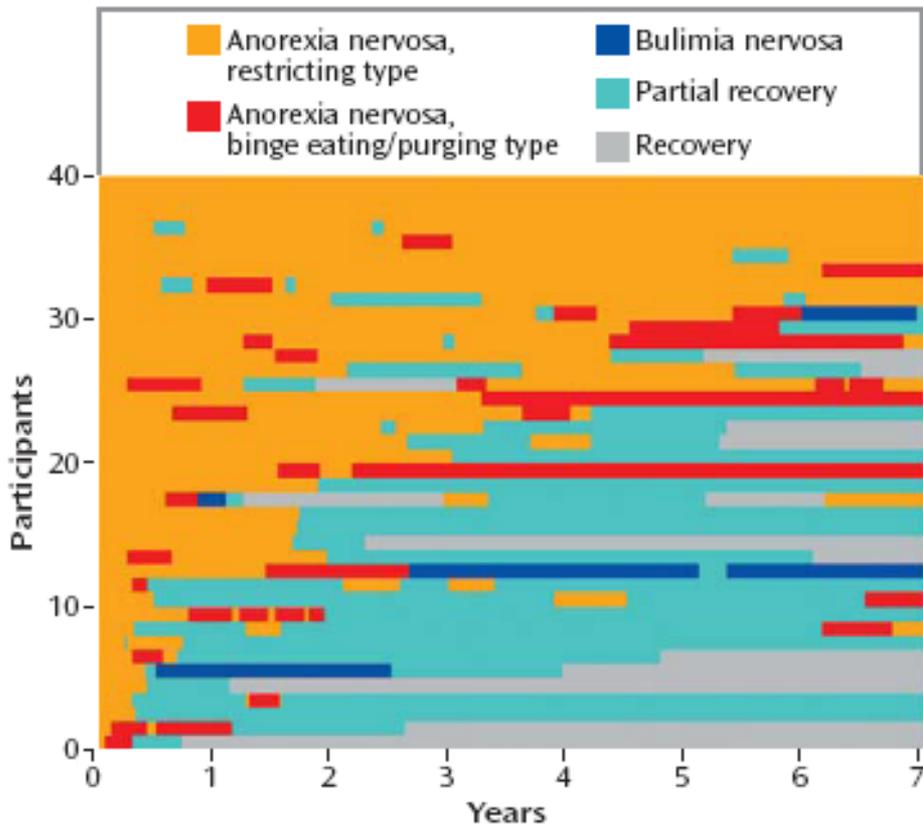


Fig. 1. Cumulative lifetime prevalence of anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating disorder, and any binge eating.

Instabilité diagnostique des TCA

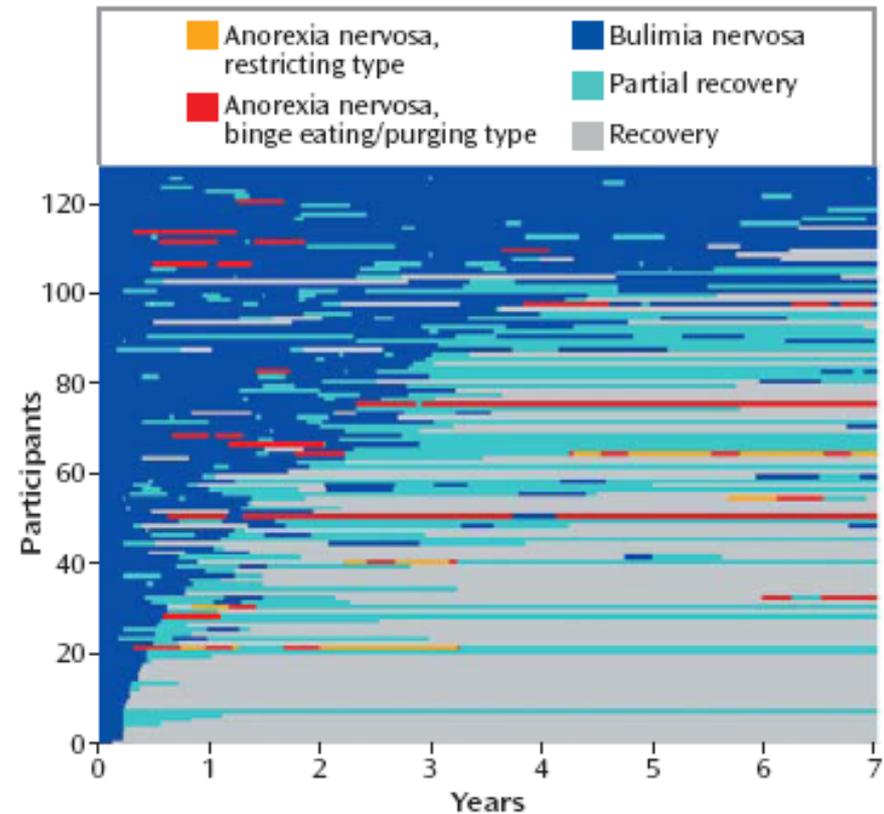
Eddy & al. 2008

FIGURE 1. Longitudinal Course and Crossover for Participants With an Intake Diagnosis of Anorexia Nervosa, Restricting Type (N=40)^a



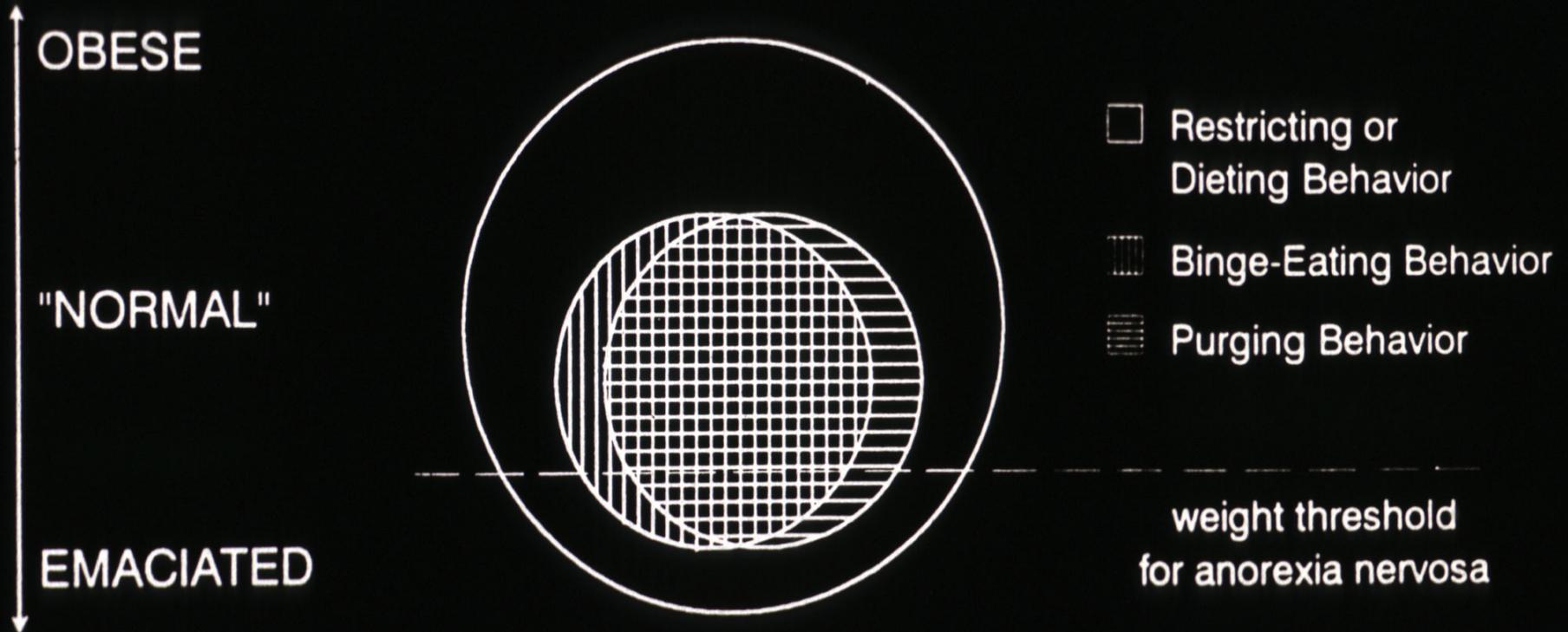
^a Each row in the figure represents one participant.

FIGURE 3. Longitudinal Course and Crossover for Participants With an Intake Diagnosis of Bulimia Nervosa (N=128)^a



^a Each row in the figure represents one participant.

BODY WEIGHT



Le diagnostic peut être instable, avec des caractéristiques changeantes au cours du temps, et une même personne peut passer d'un trouble à un autre (= des passages de l'anorexie à la boulimie).

Enfin la comorbidité est fréquente avec les troubles anxieux, la dépression et certains troubles de la personnalité.

Binge Eating Disorders (BED)

- TCA compulsif comprenant la présence fréquente de crises alimentaires qui correspondent à l'absorption rapide d'une grande quantité de nourriture.
- Il se distingue de la boulimie par l'absence de comportements compensateurs pour éviter une prise de poids.
- Dans une large cohorte de sujets, dans « The National Comorbidity Study-Revised » retrouvent une **prévalence du BED de 2,8% sur la vie entière.**
- Il s'agit du **plus fréquent des TCA** en population générale.
- Le BED se trouve fréquemment **corrélé à l'obésité (42%** des patients BED de cette étude ont un Indice de Masse Corporelle (IMC) >30 kg/m²)

Souvent associées

- Prévalences chez des sujets obèses en demande d'un traitement (non spécifié), les **trois quarts (73,8%)** des patients présentant un BED ont au moins une comorbidité psychiatrique associée sur la vie entière et **43% en ont une au moment de l'étude.**
- Les troubles de l'humeur, les troubles anxieux et l'abus de substance dominant (54,2%, 37,1% et 25% respectivement) .

- Deux études récentes de 2014 retrouvent une prévalence du BED au moment de la chirurgie aux alentours de **15% (15,7% sur 2 266 patients** pour l'étude de Mitchell et coll.
- **13,2% sur 204 patients** dans celle de Hayden et coll.
- Chez des patients en **attente de la chirurgie, la proportion de sujets ayant un BED peut atteindre 30%**

Mitchell JE, King WC, Courcoulas A, Dakin G, Elder K, Engel S, et al. Eating behavior and eating disorders in adults before bariatric surgery. *Int J Eat Disord.* 9 avr 2014;

Hayden MJ, Murphy KD, Brown WA, O'Brien PE. Axis I Disorders in Adjustable Gastric Band Patients: the Relationship Between Psychopathology and Weight Loss. *Obes Surg.* 26 févr 2014;

Niego SH, Kofman MD, Weiss JJ, Geliebter A. Binge eating in the bariatric surgery population: A review of the literature. *Int J Eat Disord.* 1 mai 2007;40(4):349-59

Addictions et BED

- l'abus de substances (comprenant alcool et drogues/médicaments) est présente de manière significative chez les patients BED à 24,8% d'abus de substances avec 20,3% de dépendance à l'alcool.

Les TCA, addictions et BED

- l'alimentation émotionnelle ainsi que le BED sont **significativement associés au sexe féminin**
- les hommes ont plus tendance à souffrir **d'hyperphagie prandiale** (55,9% vs 39,1%)
- Les addictions sont significativement plus fréquemment retrouvées chez les hommes que chez les femmes (66,2% vs 45%). Plus particulièrement :
 - l'abus de substances (15,3% vs 4,7%) avec
 - l'abus d'alcool (14% vs 3%),
 - le tabagisme (59,8% vs 39,1% ; $p < 0,0001$),
 - l'addiction au jeu (0,9% vs 0,2% ; $p = 0,0387$),
 - la dépendance à internet (2,2% vs 0,7% ; $p = 0,0197$).

BED et tabac

- Les fumeuses BED ont plus de comorbidités associées
- (notamment troubles de l'humeur, trouble panique, PTSD et abus de substances), les auteurs suggèrent ainsi que le BED et le tabagisme pourraient partager le même objectif de lutte contre l'anxiété ou les affects négatifs.

White MA, Grilo CM. Psychiatric comorbidity in binge-eating disorder as a function of smoking history. *J Clin Psychiatry*. avr 2006;67(4):594-9.

Addictions alimentaires

- En 2013, dans une population de sujets BED obèses recherchant un traitement mise en évidence que 41,5% des sujets a également une addiction alimentaire, suggérant ainsi que ni l'obésité ni le BED n'est synonyme d'addiction alimentaire
- mais, la présence d'une addiction alimentaire associée au BED **est un marqueur de sévérité de cette pathologie.**

Gearhardt AN, White MA, Masheb RM, Grilo CM. An examination of food addiction in a racially diverse sample of obese patients with binge eating disorder in primary care settings. *Compr Psychiatry*. juill 2013;54(5):500-5.

BED pré chirurgical

- Des recherches estiment que la présence d'un BED pré-chirurgical n'influence pas la perte de poids post opératoire,

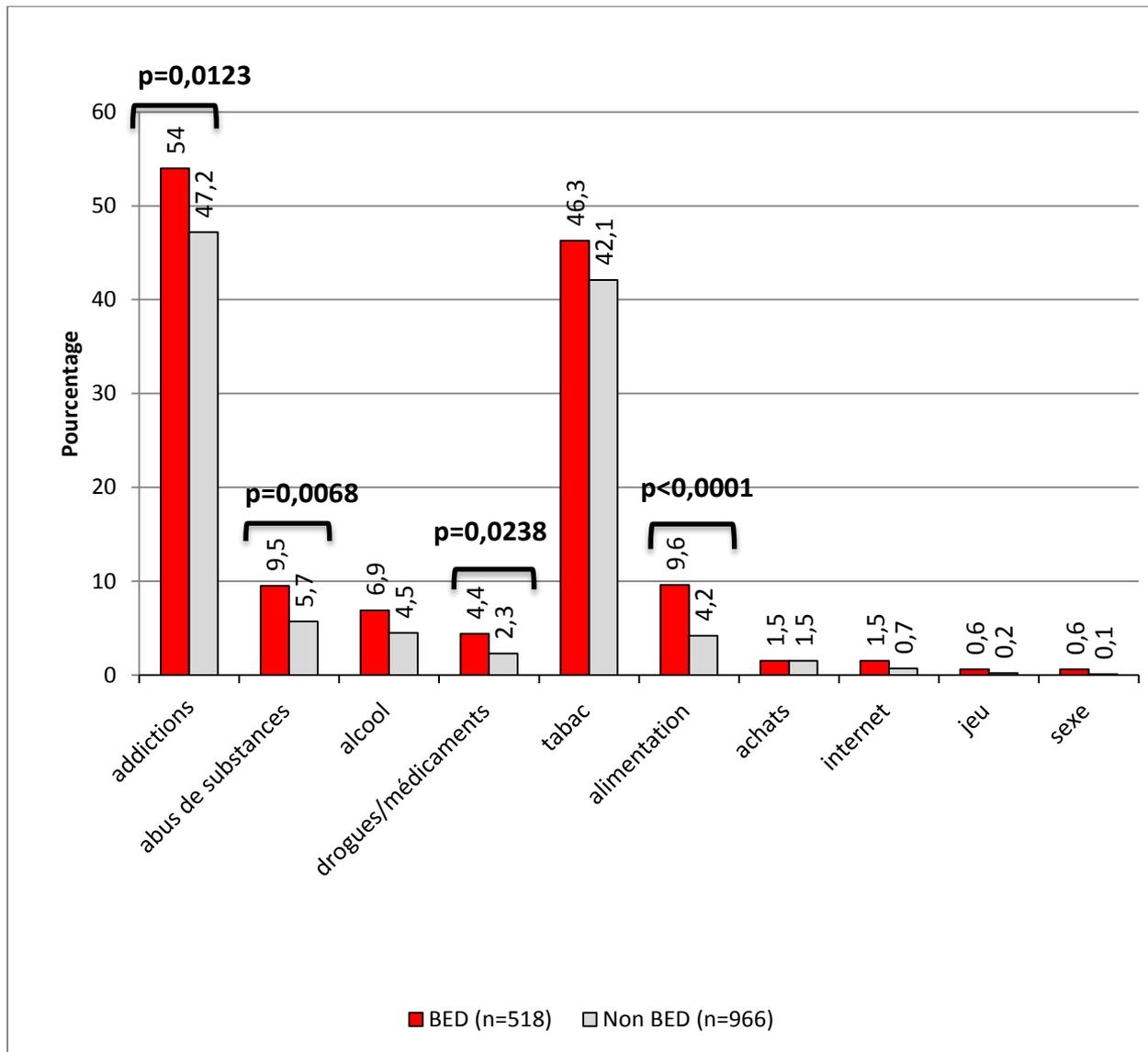
Alger-Mayer S, Rosati C, Polimeni JM, Malone M. Preoperative binge eating status and gastric bypass surgery: a long-term outcome study. *Obes Surg.* févr 2009;19(2):139-45.

- d'autres en revanche classent le BED pré-chirurgical comme un facteur de mauvais pronostic ayant un impact négatif sur les résultats chirurgicaux.

Livhits M, Mercado C, Yermilov I, Parikh JA, Dutson E, Mehran A, et al. Preoperative predictors of weight loss following bariatric surgery: systematic review. *Obes Surg.* janv 2012;22(1):70-89.

Après chir

- Une méta analyse récente a regroupé les études de 1954 à 2013 traitant du lien entre comportement de binge eating, BED et perte du contrôle alimentaire se développant après la chirurgie bariatrique et leurs effets sur la réduction pondérale à long terme.
- Quinze études ont été examinées, 14 d'entre elles retrouvent une perte de poids plus faible ou un regain pondéral majoré chez les patients développant ou redéveloppant un BED, suggérant la nécessité d'un suivi pré et post opératoire important.



Pénélope FAVIER

Psychopathologie et Addictions chez les sujets BED et non-BED, exprimés en pourcentage de la population candidate à la chirurgie bariatrique, 2015, Nancy

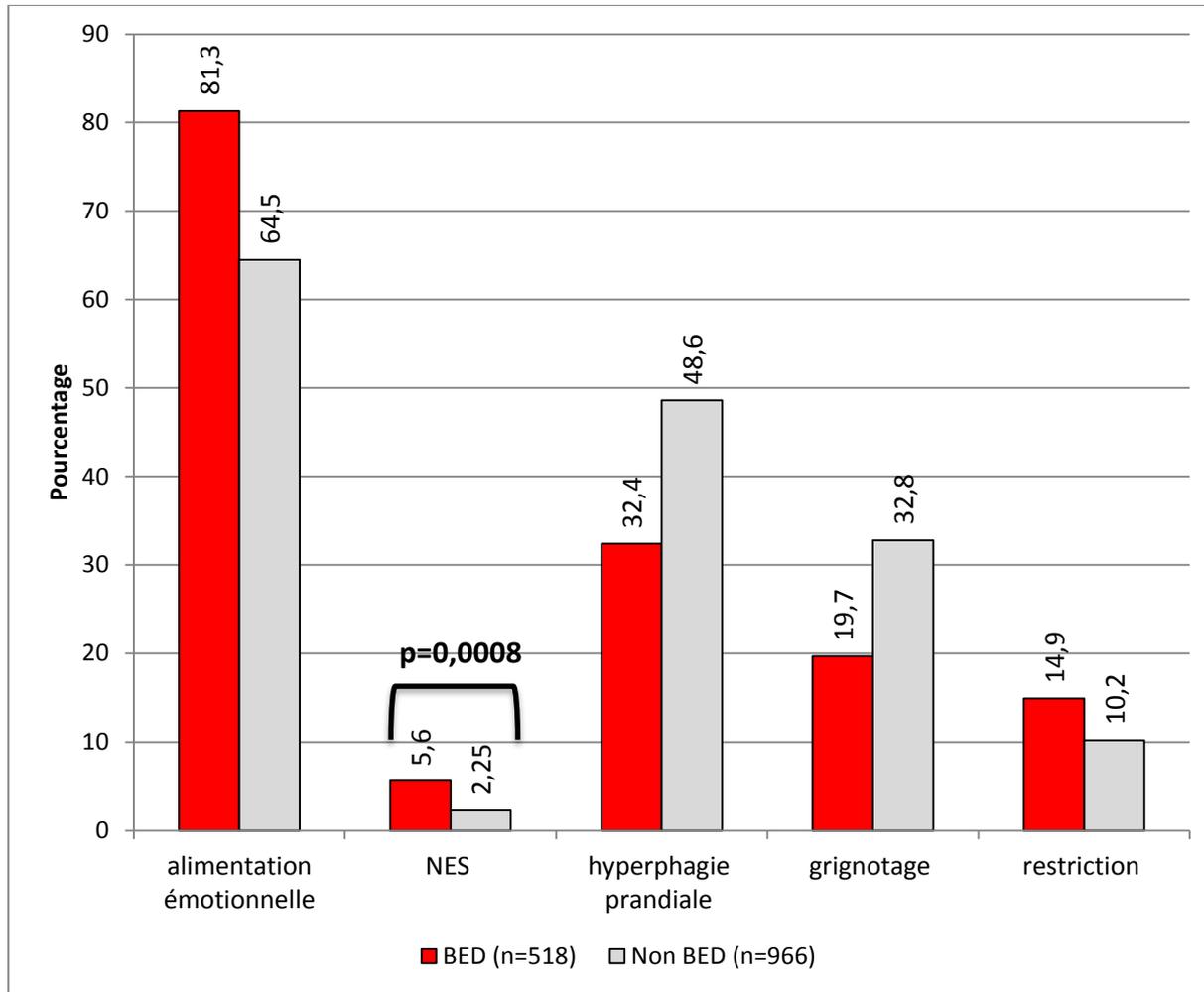


Figure 3 : Troubles du comportement alimentaire chez les sujets BED et non BED,

exprimées en pourcentage de la population

Grilo CM, Milsom VA, Morgan PT, White MA. Night eating in obese treatment-seeking hispanic patients with and without binge eating disorder. Int J Eat Disord. 1 sept 2012;45(6):787-91.

Is craving relevant to eating behaviors ?



High
Palatable
Food



Addictive
Substances

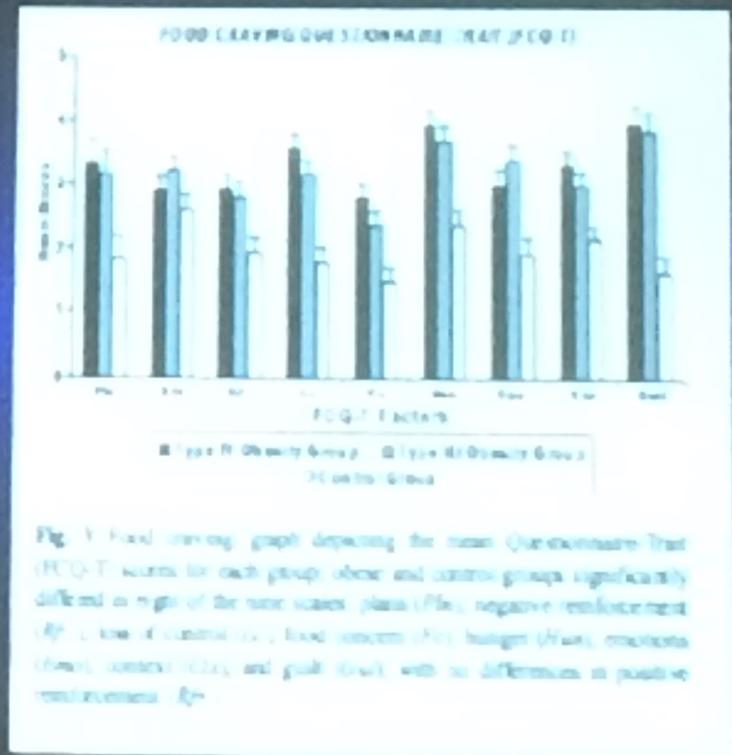
Shared neurobiology

- Reward systems
- DA pathways

Volkow and O'Brien 2007; Volkow 2011, 2013; Ahmed 2012

Individuals with higher BMIs report higher frequencies of food craving

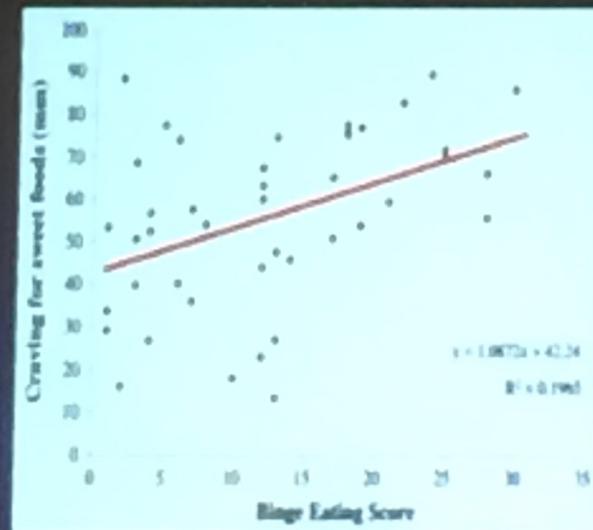
- Compared to controls, individuals with obesity reported
 - More plans about eating
 - More concerned about food
 - More craving episodes generated by cues or negative emotional states
 - More lost of control



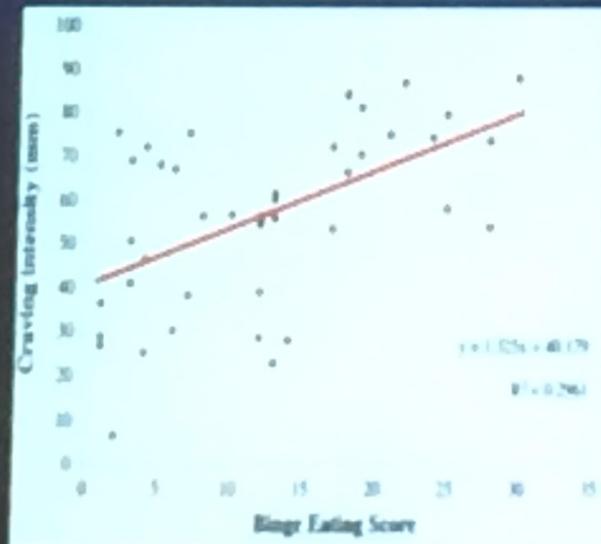
Abiles, 2010

Food Craving and binge eating

N= 24 obese women



- Correlation positive between Sweet Food Craving and Binge Eating

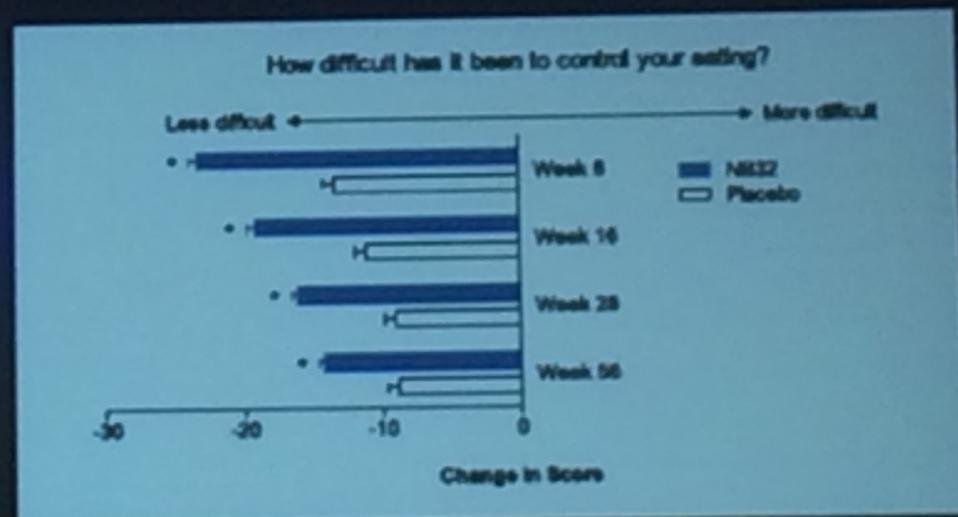
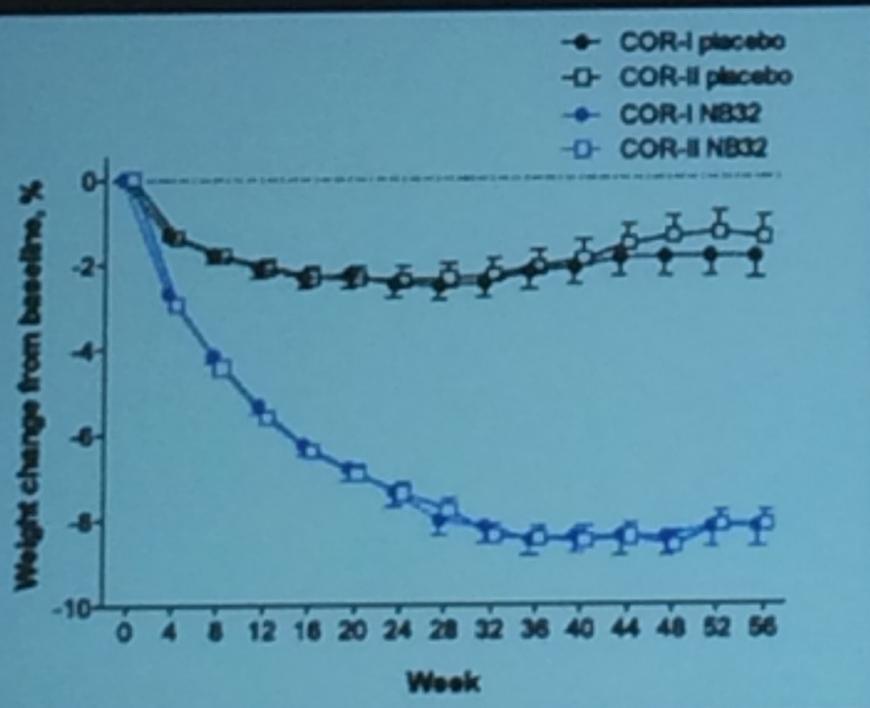


Dalton, 2014

Implications for treatment ?

- Development of interventions that target craving in the field of non-substance addictions
 - Pharmacological treatments with anti-craving effects
 - Naltrexone and bupropion
 - Greenway et al 2009, 2010; Apovian et al 2013; for review Billes et al, 2014

Combination of naltrexone/bupropion for obesity



From Billes et al, 2014

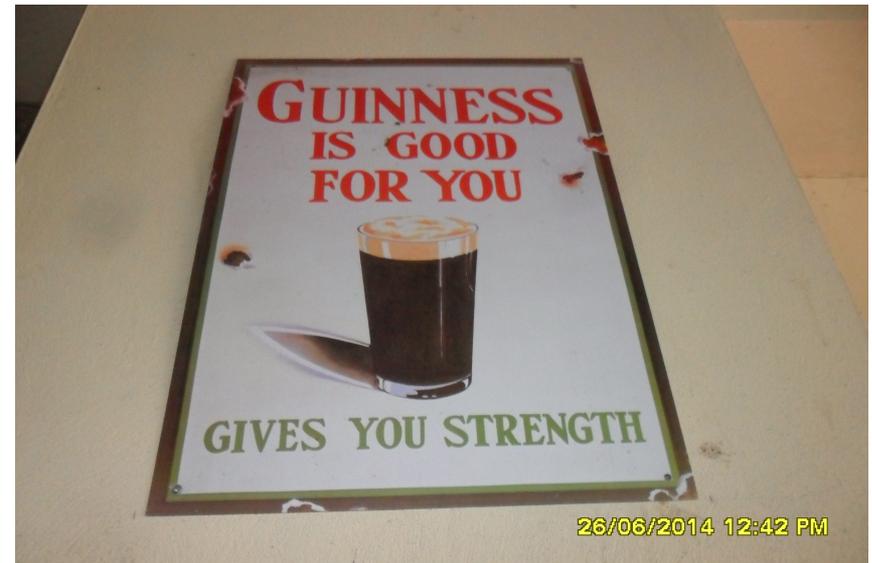
Implications pratiques

- *L'addiction à la nourriture amène à repenser le traitement de l'obésité chez certains patients*
- *L'addiction à la nourriture renforce la notion que le manque de motivation ne serait pas l'unique critère de rechute chez les patients obèses suivant un programme de perte de poids*
- *Une abstinence de nourriture n'étant pas possible, d'autres axes de traitement de la dépendance à la nourriture doivent être envisagés*

Prévalence de la consommation d'alcool avant et après la chirurgie bariatrique.

JAMA. 20 juin 2012; 307 (23): 2516-25. / jama.2012.6147.

- L'étude de cohorte de King et al 2012 à Pittsburg a porté sur 2.458 patients
- (78% de femmes, 87% de race blanche, d'âge moyen 47 ans, BMI moyen 45,8)
- suivis 2 ans en post-opératoire avertit de la survenue tardive **au cours de la deuxième année** de suivi du trouble lié à l'usage de l'alcool.
- **9,6% de problèmes d'alcool après la 2^{ème} année**



4 thèmes abordés

Problèmes psychologiques non résolues (75%)

Questionnement sur l'identité, l'anxiété, la dépression, "la racine du mal" qui persistaient malgré l'amaigrissement

Substitution d'addiction (83%)

Remplacement d'un comportement par un autre, à savoir la nourriture par l'alcool ou le sport

Effet plus rapide, plus fort des produit (58%)

Ressentir les effets de l'alcool ou des antalgiques plus vite et/ou plus intensément

Plus grande disponibilité des antalgiques

(45% de tous les patients, 70% de ceux qui en mésusaient)

Résumé des études

Annexe II : Tableau résumant les articles de la revue

Auteurs	Date	Type étude	Durée	N incl	Op	Type outcome	Résultats principaux pour notre revue
De Araujo Burgos et al.	2015	Cohorte	2 ans	659	RYGB LAGB	Comparaison conso. avant/après op.	Pas de nouveaux buveurs et pas ↗ de la fréquence de conso d'OH
Suzuki et al.	2010	Enquête	Photo à 12 mois	51	RYGB LAGB	Comparaison conso. avant/après op. + RYGB/ LAGB	+ de risque développer AUD avec RYGB
Conason et al.	2013	Cohorte	2 ans	155	RYGB LAGB	Comparaison conso. avant/après op.	↗ de la fréquence de conso. de substances 24 mois post op. (+ chez RYGB)
Fogger & McGuinness	2010	Enquête	-	173	-	Comparaison conso. avant/après op.	25 des 173 ont subi une op. bariatrique
Cuellar-Barboza et al.	2014	Cas-témoin	8 ans	823	RYGB	Comparaison conso. avant/après op. + groupe contrôle	41 sur 823 ont eu un RYGB
Lent et al.	2013	Cohorte	2 ans	155	RYGB	Comparaison conso. avant/après op.	↗ de la conso en post op. 23% ont commencé à consommer de l'OH après l'opération. + la conso. d'alcool est élevée en pré-op -> + le risque d'en consommer en post-op est élevé ?
Ostlund et al.	2013	Cohorte	26 ans	11'11 5	RYGB LAGB VBG	Comparaison RYGB/ Chir. restrictive	2x + de risque d'abuser de l'OH avec RYGB qu'avec une chir. restrictive
Svensson et al.	2013	Essai clinique	8-22 ans	2010	RYGB LAGB VBG	Comparaison avec groupe contrôle	RYGB : + risque abus OH que contrôles et autres op.
King et al.	2012	Cohorte	2 ans	2458	Tous	Comparaison conso. avant/après op.	Prévalence de symptômes d'AUD : Ø chgmt >1an mais 2ans oui
Wee et al.	2014	Cohorte	2 ans	541	RYGB LAGB	Comparaison conso. avant/après op. + RYGB/LAGB	7% des patients présentent un nouveau risque élevé d'abus d'OH à 1an. Mais plus de la moitié de ceux qui présentaient un risque élevé avant, n'avaient plus de risque après.
Ertelt et al.	2009	Enquête	6-10 ans	70	RYGB	Questionnaire sur conso 6-10 ans post chirurgie	Un petit pourcentage (<3%) des patients développent un problème d'alcool ou une dépendance après un bypass. Cependant, le questionnaire est effectué seulement 6-10 ans après et on ne sait pas quand ils ont commencé à développer des problèmes d'alcool.

Conclusions

Risque de mésusage d'alcool post chirurgie de l'obésité

Réel +++ après *bypass*

10% à deux ans

***De novo* dans la moitié des cas**

Peu de caractéristiques prédictives

***Antécédents* de mésusage d'alcool +++ et autres produits**

Addiction alimentaire ?

Mécanismes ?

Transfert d'addiction

Modification du métabolisme de l'alcool

Conséquences

Mettre en garde vos patients tentés par la chirurgie

Préférer la chirurgie restrictive ?

Préparation et suivi

S'intéresser à la dimension comportementale de l'obésité

Antécédents d'addiction (produits ou autres) ?

Troubles des conduites alimentaires ?

Addiction alimentaire ?

Collaborer avec les équipes de **nutrition**

compensations après arrêt de l'alcool

prise en charge en addictologie des patients opérés

Risque de transfert d'une dépendance à la nourriture à une dépendance à l'alcool après chirurgie bariatrique

Consommation d'alcool

- Stress/tension
- Colère
- Tristesse
- Fatigue
- Frustration

+

Ne pas pouvoir manger aussi facilement

Comme les liquides passent plus facilement:
compensation/réconfort/détente ?!



- Risque de consommation d'alcool excessive, voire d'alcoolisme
- Risque de reprise pondérale

Tabac et chir bariatrique

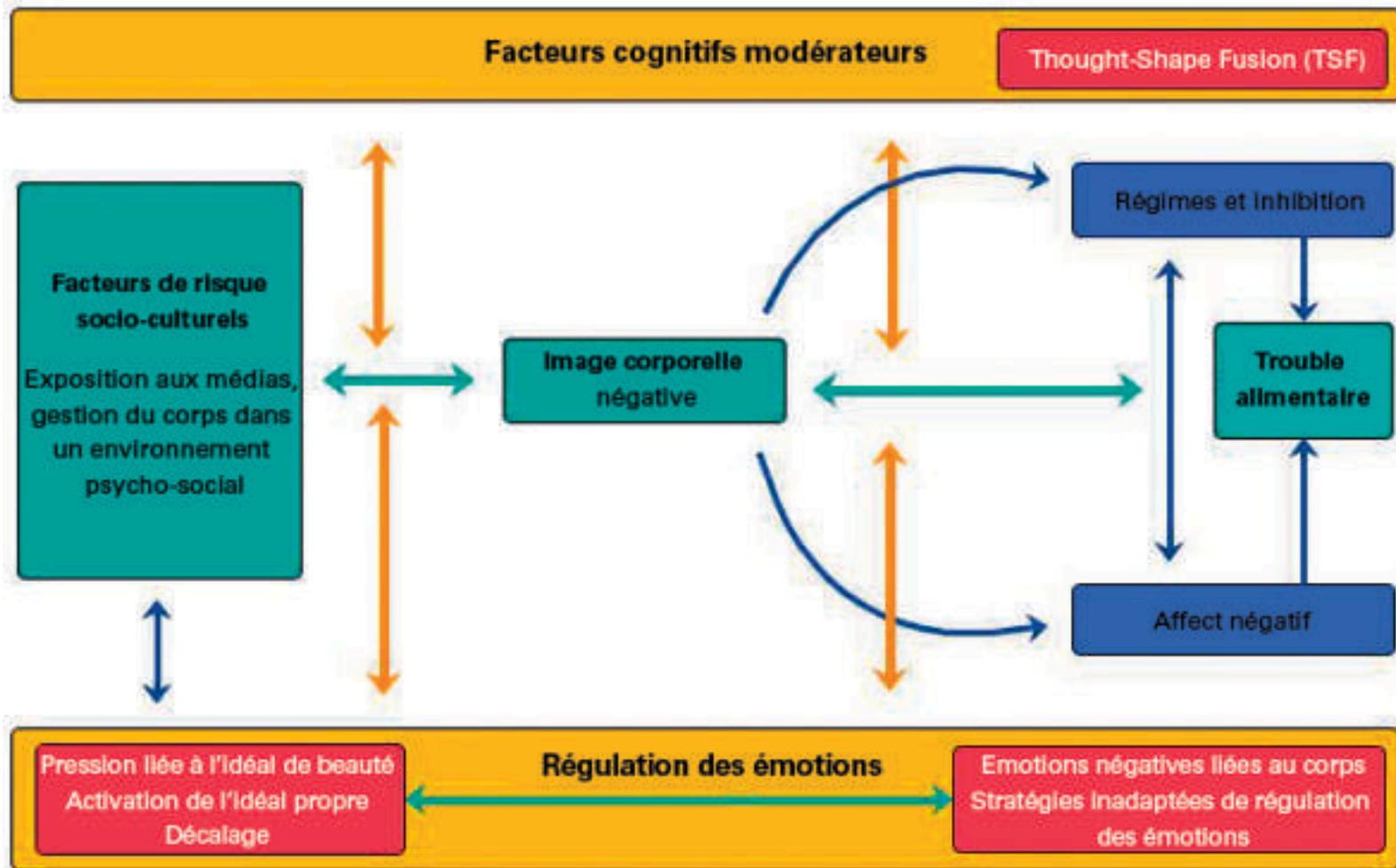
- Forte prévalence tabagisme/obèses : 47%
- Importance des TCA: 54,7% (64,5% dans la population fumeuse)
- Étude longitudinale d'une cohorte au CHU de Nancy 1
- 92% des ex-fumeurs récents ont rechuté :
 - › 40,2% au cours du 1er trimestre
 - › 73,5% au cours de la 1ère année
- 48,6% des patients sevrés de longue date (8 ans) ont rechuté
 - › 46% au cours de la 1ère année

Tabac et by pass

- Mécanismes neurobiologiques communs entre TCA et dépendance nicotinique
: rechutes plus fréquentes du tabagisme en cas de BED

Pepino MY, Finkbeiner S, Mennella JA. Similarities in food cravings and mood states between obese women and women who smoke tobacco. *Obesity* 2009;17:1158-63.

Modèle représentant les deux voies étiologiques à l'origine de la survenue et du maintien des troubles du comportement alimentaire



Le Bulimic Investigatory Test of Edinburgh (BITE)

- En français . Inventaire de la boulimie d'Edinburg ., est un questionnaire auto-administré qui identifie les personnes souffrant de
- symptômes boulimiques ou d'accès de frénésie alimentaire (crises de boulimie).
- Il est constitué de 33 questions réparties en deux sous-échelles :
 - une échelle mesurant le nombre de symptômes présents et
 - une échelle mesurant la fréquence des comportements de frénésie alimentaire et de purge (sévérité) .
 - Ainsi, les scores de ce test peuvent se situer entre 28 et 140, un seuil de 104 est employé pour indiquer la présence de la boulimie.

Point fort

- Outil de dépistage de la boulimie validé en anglais ; court et simple à utiliser ; version française
- souvent employée en clinique et lors d'études

Eating Disorder Inventory (EDI)

- Actuellement dans sa deuxième version, l'EDI-2 est un questionnaire de 64 items présentés sous la forme d'échelles de type Likert.
- Ce test mesure les symptômes relatifs aux troubles alimentaires : **un score élevé sur l'une des 2 sous-échelles indique la probabilité de comportements alimentaires mal adaptés mais ne permet pas de poser un diagnostic.**
- De plus, il ne permet pas d'identifier facilement les comportements inadaptés pratiqués par le sujet ; ceux-ci n'étant repérables qu'à partir d'une analyse des items du test.

Questionnaire for Eating Disorder

Diagnoses (Q-EDD)

- Mintz *et al.* ont élaboré le Q-EDD afin de pouvoir non seulement diagnostiquer l'anorexie et la boulimie, mais aussi évaluer la présence des syndromes subcliniques.
- Le Q-EDD, constitué de 50 questions, peut être rempli en 5 à 10 minutes environ.
- Cet auto-questionnaire propose des modes de réponse à l'item variés : format "oui/non", choix multiple,
- Il permet ainsi de classer les sujets en deux catégories principales (présence ou absence d'un diagnostic du DSM-IV). **Les sujets de la catégorie "absence de trouble alimentaire" sont classés en deux catégories "symptomatique" et "non symptomatique"** selon la présence ou l'absence de symptômes de troubles alimentaires.
- 6 catégories diagnostiques spécifiques : l'anorexie--boulimie et 5 catégories diagnostiques issues du DSM-IV : anorexie avec menstruation, boulimie subclinique, boulimie sans hyperphagie, le binge-eating disorder et le comportement de mâcher et cracher.

Dutch Eating Behaviour Questionnaire

- En français . Questionnaire Néerlandais de T. Van Strien . est un questionnaire auto-administré, composée de 3 échelles et de 33 questions, qui
- .value trois facteurs : restriction, .motivat. et externalit. alimentaires (r.action alimentaire aux situations externes). Un score .lev. au DEBQ donne une indication de la r.ussite de la composante restrictive et du comportement de r.gime. Un score .lev. d'.motivat. et d'externalit. d.note l'existence d'.ventuelles conduites alimentaires d.viantes, ou CAP (28).
- Point fort
- Valid. en fran.ais en 1995 par Lluch et al. (28), r.sultats excellent concordants avec ceux obtenus pr.c.edemment par les auteurs n.erlandais : coh.rence interne (coefficients α de Cronbach $> 0,70$) et fiabilit. (bonne stabilit. du test-retest) ; tr.s bonne validit. interne (coefficients α sup.rieurs . ceux du TFEQ) ; adapt. pour d.pister certains CAP (dont la restriction cognitive) ; applicable . des populations familiales, bonne compr.hension des questions par les enfants (45), (28).

- 3.5.4. Eating Disorder Examination
- Description
- Le . Eating Disorder Examination (EDE) . (33) (34) est une trame d'entretien semi-structur.
- initialement d.velopp. pour mesurer l'anorexie et la boulimie. Elle .value les habitudes alimentaires
- d.viantes (restriction alimentaire extr.me, .pisode de boulimie, refus de manger en public), les
- m.thodes de contr.le du poids (vomissements provoqu.s, abus de laxatifs ou de diur.tiques,
- exercice physique excessif et restriction alimentaire extr.me) et la pr.occupation par rapport . la
- forme corporelle et li.es au poids (47). (traduction libre)
- Point fort
- Trame d'entretien .valuant des sujets communs . ESCAP, passant en revue tous les items en lien
- avec les troubles des conduites alimentaires et d.pistant les CAP (47).
- Point faible
- Aucune version fran.aise.
- 3.5.5. Eating

- 3.5.5. Eating Disorder Examination Questionnaire
- Description
- Le . Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) . (35), en fran.ais . Questionnaire d'examination des troubles alimentaires . (36) est un questionnaire auto-administr. .labor. sur la base de la trame d'entretien du EDE (d.taill.e ci-dessus). Ce questionnaire est divis. en plusieurs sous scores : la restriction, les pr.occupations alimentaire, les pr.occupations par rapport . la forme corporelle et les pr.occupations li.es au poids. Une recherche a permis d'obtenir la traduction fran.aise du EDE-Q (36), mais aucune .tude de validation.
- Point fort
- .value la s.v.rit. du trouble du comportement alimentaire (48) ; adapt. pour conna.tre le nombre d'.pisodes de crise de boulimie (excellente fiabilit. test-retest pour d.pister les crises de boulimie dans un court intervalle de temps) (49).
- Point faible
- Pas de validation en fran.ais ; inadapt. pour .valuer la pr.sence de l'hyperphagie boulimique : n'.value ni les sous-seuils de la crise de boulimie, ni les compulsions alimentaires (49).

- 3.5.6. Eating Disorder Inventory
- Description
- Le . Eating Disorder Inventory (EDI) ., en fran.ais . Inventaire des troubles alimentaires . est un questionnaire auto-administr. compos. de 8 dimensions de 64 questions qui ont pour but d'investiguer les traits psychologiques et comportementaux communs . l'anorexie mentale et . la boulimie nerveuse (50). L'EDI a .t. .labor. en 1983 et sa version augment.e de 4 nouvelles .chelles en 1991, l'EDI-2 (37), est tr.s fr.quemment utilis.e pour investiguer les diff.rents aspects des troubles des conduites alimentaires (51). L'EDI-2 se compose de 11 dimensions comprenant notamment la boulimie, d.crite comme une . tendance . s'engager dans des conduites alimentaires non contr.l.es . (27). Il .value la symptomatologie associ.e aux troubles alimentaires et n'est pas un instrument diagnostic (un score .lev. est une indication . recommander un entretien) (27).
- Point fort
- Tr.s bons r.sultats de coh.rence interne dans le d.pistage de l'hyperphagie boulimique pour la version anglaise du questionnaire (27) (51) (52) ; version fran.aise fr.quemment utilis.e dans les .tudes scientifiques (53) (54).
- Point faible
- Pas de validation en fran.ais.

- 3.5.7. Night Eating Questionnaire
- Description
- Le . Night Eating Questionnaire (NEQ) . (38) .labor. par Allison et al., est un questionnaire autoadministr.,
- comprenant 14 questions. Il .value l'intensit. du comportement et des sympt.mes
- psychologiques li.s . l'hyperphagie nocturne. Sa validit. a .t. test.e par trois .tudes
- r.unies dans un
- article d'Allison et al. (38), mais elles sont contest.es par Striegel-Moore et al. dans leur revue de
- litt.rature sur l'inclusion de l'HN dans la cinqu.me version du DSM (55). Sa version anglaise est tr.s
- pr.sente dans la litt.rature scientifique, mais aucune traduction fran.aise n'a .t. mise en .vidence.
- Point fort
- D.pistage de l'hyperphagie nocturne ; validation de la version anglaise (38).
- Point faible
- Aucune version fran.aise ; validation de la version anglaise controvers.e (55).

- 3.5.8. Restraint Scale
- Description
- La . Restraint Scale (RS) . (39) est une .chelle de 10 questions mesurant la restriction. Un score de
- RS .lev. est une indication que les cons.quences des r.gimes sont pr.sentes : d.sinhibition et
- parfois fluctuations pond.rales (28).
- Point fort
- .value la d.sinhibition et la fluctuation pond.rale (28).
- Point faible
- Pas de validation en fran.ais ; uniquement valide . condition d'avoir .t. remplie enti.rement
- (difficult. relev.e chez sujets peu restreints) ; inutilisable pour l'.valuation de sujets ob.ses (28).

- 3.5.9. Three-Factor Eating Questionnaire
- Description
- Le . Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ) . (40), en fran.ais . Questionnaire de Stunkard et Messick . comprend 51 questions investiguant 3 facteurs, pour chacun desquels un score est calcul..
- Il .value le degr. de restriction cognitive, la d.sinhibition et la perte de contr.le, et la susceptibilit. . ressentir la faim. Un score total .lev. au TFEQ donne une indication de la r.ussite de la composante restrictive et du comportement de r.gime. Un score .lev. de d.sinhibition et de faim d.note l'existence d'.ventuelles conduites alimentaires d.viantes, ou CAP (28).
- Point fort
- Valid. en fran.ais en 1995 par Lluch et al. (28) ; adapt. pour d.pister certains CAP ; applicable . la population de l'.tude pilote de validation de l'ESCAP (28) ; .value aussi la pr.occupation li.e au r.gime et la restriction cognitive ; est le seul (parmi DEBQ et RS) . investiguer la restriction r.elle, dite . comportementale . (40) (28).
- Point faible
- Adapt. aux populations cliniques, concern.es et motiv.es . prendre en charge leur surcharge pond.rale ; validit. interne du TFEQ moins bonne que celle du DEBQ (28).

L'échelle EAT-26 comporte 26 items formant 3 sous-échelles

- 1) la diète (ou restriction alimentaire), qui comprend 13 items reliés à la préoccupation concernant la minceur ;
 - 2) la boulimie regroupant 6 items qui évaluent les comportements boulimiques, tels que les orgies alimentaires, les vomissements provoqués et les purges ;
 - 3) le contrôle de la prise alimentaire, regroupant 7 items reliés aux phénomènes observés chez des patients souffrant d'anorexie, tels que l'autocontrôle devant la nourriture et la perception de pressions sociales encourageant un gain de poids.
-
- Ses 26 items permettent de déterminer la fréquence du comportement, des émotions ou des pensées décrits sur une échelle de 6 points (1 =jamais, 6 = toujours).
-
- **Pour l'établissement du score EAT-26**, pour tous les items (items directs) à l'exception
 - du #25 (item inversé), chacune des réponses reçoit la valeur suivante:
 - Toujours = 3 / Très souvent = 2 / Souvent = 1 / Parfois = 0 / Rarement = 0 / Jamais = 0
 - Pour l'item #25, les réponses sont ainsi cotées:
 - Toujours = 0 / Très souvent = 0 / Souvent = 0 / Parfois = 1 / Rarement = 2 / Jamais = 3
 - Un score de 20 ou plus est un indicateur de la présence d'un trouble alimentaire.

- Deux brefs questionnaires d'auto-évaluation permettent de capturer le phénomène des crises de boulimie :
 - Le « Binge Eating Scale » (échelle des crises de boulimie) et
 - le « Questionnaire for Eating and Weight Patterns-Revised » (questionnaire révisé sur les habitudes alimentaires et le poids).

The SCOFF questionnaire and clinical interview for eating disorders

in general practice: comparative study, B.M.J., 325: 755-6, 5 octobre 2002.

Luck A.J. et coll.,

1 -Vous faites-vous vomir quand vous éprouvez une sensation désagréable de plénitude gastrique ? Do you make yourself Sick because you feel uncomfortably full ?

2 -Êtes-vous effrayée quand vous perdez le contrôle sur la quantité de nourriture que vous mangez ? Do you worry you have lost Control over how much you eat ?

3 -Avez-vous perdu récemment plus de 6 kg sur une période de 3 mois ? Have you recently lost more than One stone in a 3 month period ?

4 -Continuez-vous à croire que vous êtes trop grosse lorsque les autres vous disent que vous être maigre ? Do you believe yourself to be Fat when others say you are too thin ?

5 -Diriez-vous que l'alimentation domine votre vie ? Would you say that Food dominates your life ?

*** One point for every « yes »; a score of > ou -2 indicates a likely case of anorexia nervosa or bulimia.**

QUESTIONNAIRE POUR LE DIAGNOSTIC DE LA BOULIMIE

Nom :

Date:

N.B.: Si la réponse à la question 1. est "rarement ou jamais", vous pouvez passer directement à la question 7.

	rarement ou jamais	occasionnellement	souvent		rarement ou jamais	occasionnellement	souvent
1. Avez-vous des périodes de frénésie alimentaire au cours desquelles vous ingurgitez de grandes quantités d'aliments riches en calories, et ceci généralement en moins de deux heures? <i>(si la réponse est "rarement ou jamais", passez à la question 7)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Avez-vous déjà eu le sentiment que vos habitudes alimentaires n'étaient pas normales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Avez-vous tendance à vous précipiter sur des aliments riches en calories et faciles à consommer qui ne nécessitent pas de préparation, tels que les sucreries, crèmes glacées, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Pensez-vous toute la journée à de la nourriture?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Essayez-vous de dissimuler vos crises de boulimie afin que personne ne remarque rien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Vous souciez-vous de votre poids toute la journée?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Vos crises de boulimie durent-elles sans interruption jusqu'à ce que vous ne puissiez plus rien avaler parce que votre estomac vous fait mal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Avez-vous déjà eu de rapides variations de poids de plus de 5 kg en raison d'excès alimentaires ou de jeûnes abusifs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Vous arrive-t-il de vous sentir déprimé(e) ou abattu(e) après une crise de boulimie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Avez-vous déjà pris des médicaments tels que des anorexigènes ou diurétiques pour régulariser votre poids?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Vous est-il déjà arrivé d'avoir des pensées suicidaires après une crise de boulimie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. Avez-vous déjà absorbé de grandes quantités de laxatifs pour perdre du poids après avoir mangé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Avez-vous le sentiment de perdre le contrôle de vous-même et de ne plus pouvoir arrêter de manger une fois que vous avez commencé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. Avez-vous déjà volontairement vomi après un repas pour ne pas prendre de poids?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Mangez-vous des aliments sans les préparer de manière normale, par exemple de la pâte sans la cuire ou des aliments en conserve directement dans la boîte, etc. parce que vous ne pouvez pas vous en empêcher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

- Scores entre 7 et 9 : comportement alimentaire
- Entre 10 et 15: existence de trouble alimentaire.
- Sup à 15: comportement boulimique

YFAD

(Yale Food Addiction Scale)

- L'addiction à l'alimentation est fréquente chez les patients obèses, avec des prévalences pouvant aller jusqu'à **plus de 40% chez des patients candidats à la chirurgie bariatrique.**
- le symptôme le plus commun de l'addiction à la nourriture est le **désire persistant ou les efforts vains de contrôler ses prises alimentaires.**
- **Presque 100% des personnes obèses remplissent ce critère.**

Gearhardt AN, Corbin WR, Brownell KD. Preliminary validation of the Yale Food Addiction Scale. *Appetite* 2009;52:430–6. doi:10.1016/j.appet.2008.12.003.

Meule A, Heckel D, Kübler A. Factor structure and item analysis of the Yale Food Addiction Scale in obese candidates for bariatric surgery. *Eur Eat Disord Rev.* sept 2012;20(5):419-22.

Yfas

Durant les 12 derniers mois	Jamais	1 fois par mois	Entre 2 et 4 fois par mois	2 à 3 fois par semaine	4 fois ou plus par jour								
1. Quand je commence à manger certains aliments, je finis par en manger davantage que prévu	0	1	2	3	4								
2. Je continue à manger certains aliments bien que je n'aie plus faim	0	1	2	3	4								
3. Je mange au point de me rendre malade	0	1	2	3	4								
4. Ne pas manger certains aliments ou réduire ma consommation de certains aliments est quelque chose qui me préoccupe	0	1	2	3	4								
5. Je passe un certain temps à me sentir léthargique ou fatigué d'avoir trop mangé	0	1	2	3	4								
6. Je me retrouve à manger certains aliments tout au long de la journée	0	1	2	3	4								
7. Quand certains aliments ne sont pas disponibles, je sors pour les obtenir. Par exemple : je me rends au magasin pour les acheter alors que j'ai d'autres aliments disponibles chez moi	0	1	2	3	4								
8. Parfois, je consomme certains aliments tellement souvent, ou en si grande quantité, que je mange plutôt que de travailler, passer du temps avec ma famille et mes amis, initier des activités importantes ou m'apportant du plaisir	0	1	2	3	4								
9. Parfois, je consomme certains aliments si souvent, ou en quantité telle, que je passe mon temps à gérer mon ressentiment sur le fait d'avoir trop mangé plutôt que de travailler, passer du temps avec ma famille et mes amis, initier des activités importantes ou m'apportant du plaisir	0	1	2	3	4								
10. Parfois, j'évite certaines situations sociales ou professionnelles durant lesquelles certains aliments sont disponibles car je crains de trop en manger	0	1	2	3	4								
11. Parfois, j'évite certaines situations sociales ou professionnelles car je ne peux pas y trouver certains aliments que je veux consommer	0	1	2	3	4								
12. J'ai des signes de manque tels que de l'agitation, de l'anxiété ou d'autres signes physiques lorsque j'ai diminué ou arrêté de manger certains aliments (SVP, ne pas inclure les signes de manque causés par la réduction de boissons caféinées telles que certains sodas, café, thé, energy drink, etc.)	0	1	2	3	4								
13. J'ai consommé certains aliments pour prévenir des sentiments d'anxiété, d'agitation ou d'autres symptômes physiques se manifestant (SVP, ne pas inclure les signes de manque causés par la réduction de boissons caféinées telles que certains sodas, café, thé, energy drinks, etc.)	0	1	2	3	4								
14. J'ai réalisé éprouver un fort désir de consommer certains aliments quand j'arrêtais ou diminuais leur consommation	0	1	2	3	4								
15. Mon comportement face à la nourriture et au fait de manger me préoccupe de façon importante	0	1	2	3	4								
16. J'ai expérimenté des problèmes importants dans ma façon de fonctionner efficacement (dans mon quotidien, au travail/à l'école, dans mes activités sociales, dans mes activités familiales, dans mes problèmes de santé) à cause de la nourriture et du fait de manger	0	1	2	3	4								
17. Ma consommation de nourriture m'a causé des problèmes psychologiques importants tels que la dépression, l'anxiété, une baisse de mon estime personnelle ou de la culpabilité	0	1	2	3	4								
18. Ma consommation de nourriture m'a causé des problèmes physiques importants ou a aggravé certains problèmes physiques	0	1	2	3	4								
19. J'ai continué à consommer les mêmes aliments ou la même quantité d'aliments malgré mes problèmes physiques et émotionnels	0	1	2	3	4								
20. Avec le temps, j'ai découvert que j'avais toujours besoin de manger davantage pour obtenir le ressenti désiré, tel que la réduction d'émotions négatives ou le plaisir augmenté que j'avais l'habitude d'avoir	0	1	2	3	4								
21. Je veux arrêter ou diminuer de consommer certains aliments	0	1	2	3	4								
22. J'ai essayé de diminuer ou d'arrêter de consommer certains aliments	0	1	2	3	4								
23. J'ai réussi à arrêter ou à ne pas manger certains aliments	0	1	2	3	4								
24. A combien de reprises au total, durant la dernière année, avez-vous essayé de diminuer ou d'arrêter de manger certains aliments ?	1 fois	2 fois	3 fois	4 fois	5 fois ou plus								
25. Veuillez entourer tous les aliments avec lesquels vous avez eu des difficultés :	Crème glacée	Chocolat	Pommes	Beignets	Brocolis								
	Biscuits	Gâteau	Sucreries	Pain blanc	Pâtisseries	Salades	Pâtes	Fraises	Riz	Biscuits apéritif	Chips	Bretzels	Frites
	Carottes	Viande	Bananes	Bacon	Hamburgers	Cheeseburgers	Pizza	Soda	Aucun de ces aliments				
Veuillez lister tout autre aliment avec lequel vous auriez eu des problèmes et qui ne figurerait pas dans la liste :													

M.I.N.I.

Mini International Neuropsychiatric Interview

French Version 5.0.0

Vie entière

DSM-V

Boulimie

Au cours de votre vie, avez-vous eu une ou plusieurs périodes d'au moins trois semaines où vous aviez des crises de boulimie durant lesquelles vous mangiez de très grandes quantités de nourriture dans une période de temps limitée, c'est à dire en moins de 2 heures ?

NON

OUI

Au cours de cette/ces période(s), aviez-vous de telles crises de boulimie au moins deux fois par semaine ?

NON

OUI

Études

- Nous avons compulsé les données de 222 patients obèses consécutifs, hospitalisés en hôpital de jour médico-chirurgical
- Réaliser une **étude descriptive de la cohorte** en insistant sur les troubles du comportement alimentaire
- Analyser les **relations entre les troubles du comportement alimentaire et l'obésité.**
- L'âge moyen est de 38 ans
- Le poids moyen est de 117 kg et le BMI moyen de 43.
- Un tiers des patients sont fumeurs (plus de fumeurs que dans la population générale : trait addictif ?),
-

Méthodes

- **BITE** (Bulimic Investigatory Test Edimburgh) : questionnaire visant à dépister les patients porteurs de frénésie alimentaire et de boulimie
- **EAT 40** (Eating Attitude Test) : questionnaire visant à identifier les patients souffrant d'anorexie mentale
- **EDI** (Eating Disorder Inventory) : questionnaire permettant d'étudier les caractéristiques cognitives et comportementales des sujets présentant des troubles du comportement alimentaire de type anorexie mentale ou boulimie
- **Echelle de dépression** : l'Hamilton dépression

- **Analyses statistiques**: Analyse descriptive :
- Les variables qualitatives ont été décrites au moyen des effectifs et des fréquences relatives ; les variables quantitatives ont été décrites par les moyennes et les écarts-types ou par les médianes et les étendues [minimum-maximum] selon la nature de la distribution. Tous les tests étaient bilatéraux et déclarés significatifs au seuil alpha 5%.

Les TCA évalués par EAT, BITE, et EDI

- **41 % ont un score de BITE entre 10 et 19 et 18 % un score supérieur à 20.**
- **59% des individus de la cohorte semblent donc avoir des TCA avec la présence de compulsions alimentaires.**
- **23,5 % des patients présentent un score de sévérité supérieur à 5 et parmi eux, 5,5 % un score supérieur à 10.**
- **Dans notre cohorte, la valeur moyenne du EAT 40 est de 30, ce qui est élevé (pour comparaison, dans l'étude initiale de Garner et al, les anorexiques avaient en moyenne 60 et les sujets contrôles dont des obèses environ 17).**
- **De plus, 46 % des patients de la cohorte ont un score supérieur ou égal à 30 et semblent donc présenter des TCA.**

Facteur de gravité addictive

- Beaucoup de patients, non connus pour être anorexiques, qui ont un score supérieur à 30 ne vont pas remplir les critères cliniques pour l'anorexie mais la plupart d'entre eux présentent des troubles du comportement alimentaire interférant avec le fonctionnement psychosocial normal .
- **L'analyse du BITE et du EAT 40 montrent que plus de la moitié de nos patients présentent des troubles du comportement alimentaire, souvent à type de compulsions.**
- **L'analyse des scores de l'EDI montre que nos patients semblent avoir un profil de troubles du comportement alimentaire intermédiaire en terme de sévérité entre celui des sujets normaux et celui des patients anorexiques ou boulimiques.**

liens entre obésité, dépression et TCA

- Étude prospective portée sur 32 personnes présentant une obésité morbide qui se présentent pour une demande de chirurgie bariatrique.
- Examen clinique et questionnaires
- Seront revus à 3, 6 , 12, 24, 36 mois
- Prédominance féminine: 81% et 19% d'hommes
- Age moyen: 40,4 ans (18 à 68 ans)
- Antécédents: 54% avec ATCD familiaux d'obésité
- BMI moyen: 45 (35 à 50) dont 70% sup 40

Scores de dépression par Hamilton dépression

Scores hamilton/ intensité dépressive	%
Pas de dép: inf 14	23%
Dép légère: 14-18	46%
Dép moyenne à sévère : Sup 18	30%

Tests des TCA

- **Bulit test:** évaluer la tendance boulimique et les crises boulimiques (32-160)
- Scores:
 - sup ou égal 102: comportement boulimique: **16%**
 - Entre 101 et 88, boulimie occasionnel: **29%**
 - Inf 88: pas de boulimie: **55%**

Positif : 45%

Intérêt de l'EAT :
dimension
anorexique: fact de
gravité

- **AUTOQUESTIONNAIRE BULIMIA:**
- **INF 7:** absence : 48%
- Entre **8-15:** habitudes alimentaires: **33%**
- Entre **16-23:** boulimie probable : **19%**

Positif: 52%

Estime de soi et insatisfaction corporelle dans la prise en charge médicale et psychologique des patients boulimiques

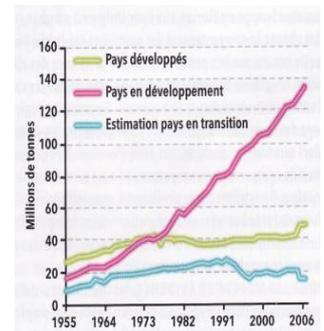
Brigitte Karcher , Faredj Cherikh

[Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique](#)

Available online 7 January 2015

- **La mauvaise estime de soi**
- était présente chez 91 % de l'ensemble des patients avant toute prise en charge.
- L'insatisfaction corporelle des sujets a été améliorée par la perte de poids chez 82 % des patients.

Sucre versus Cocaïne

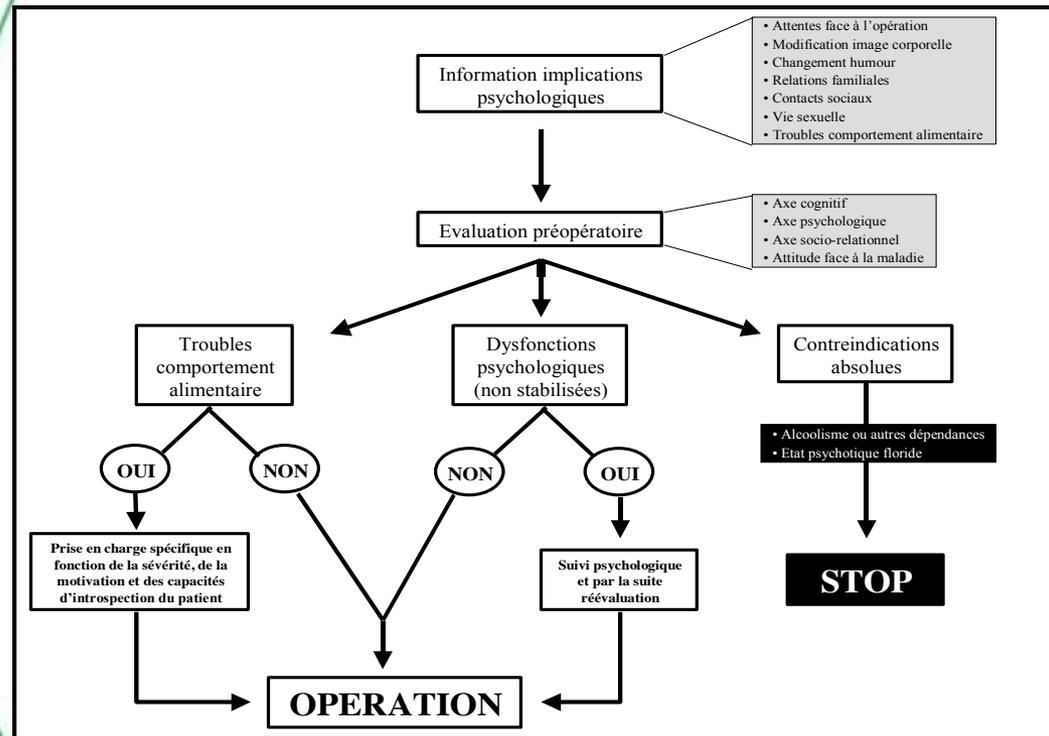


- Comparer dans un laboratoire le potentiel addictif du goût sucré à celui de la cocaïne chez le rat .
- Pendant plusieurs jours, des animaux ont eu le choix entre une boisson sucrée et une dose intraveineuse de cocaïne.
- La quasi-totalité des rats environ 90 % ont développé rapidement une préférence presque exclusive pour le goût sucré et ce quelle que soit la dose de cocaïne disponible.
- La préférence pour le goût sucré est apparue même chez des animaux déjà sensibilisés au préalable aux effets de la cocaïne après une exposition chronique à cette drogue.
- Nous avons reproduit les mêmes phénomènes avec l'héroïne, qui, comme la cocaïne, a un potentiel addictif élevé et une dangerosité importante.

Le sucre comme

M. Lenoir *et al.*, *PloS ONE*, 2, e698, 2007. produit addictogène?

Parcours psychologique de bariatrie



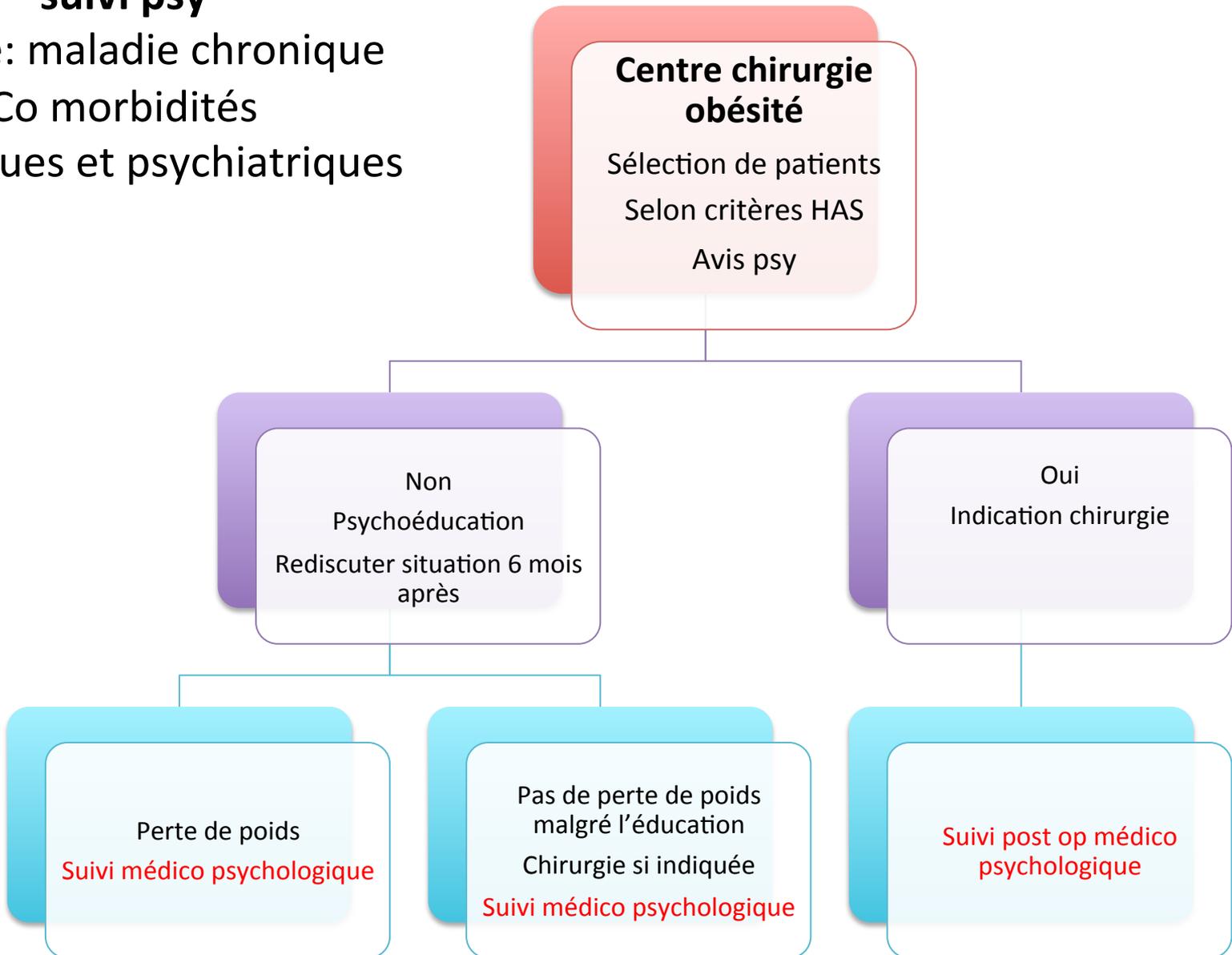
Quand la nourriture devient drogue

- *Je suis tout : je n'ai besoin de rien = Anorexie*
- *Je ne suis rien : j'ai besoin de tout = Boulimie*
- **La nourriture est révélatrice du lien aux autres**

- Les personnes obèses attendraient plus de plaisir de la nourriture mais en obtiendraient moins que les personnes minces. Pour compenser elles mangeraient davantage.

3 possibilités nécessitant un suivi psy

obésité: maladie chronique
Co morbidités
somatiques et psychiatriques



Dans l'idéal

