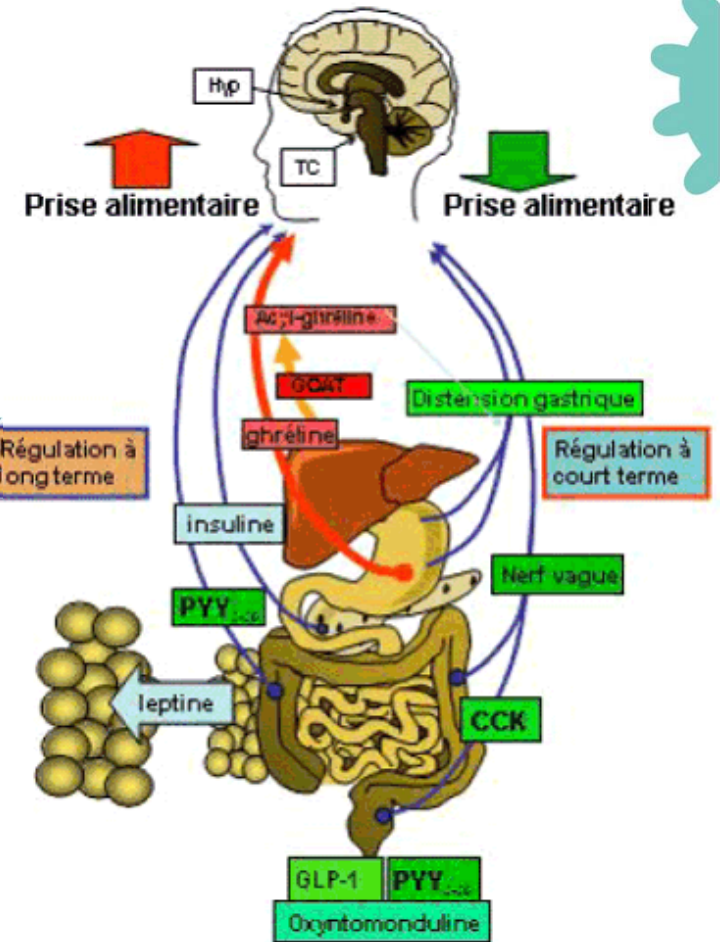


Les Troubles du Comportement Alimentaire (TCA) dans l'obésité: comment les dépister ?



Dr Gilbert ZEANANDIN
Attaché CHU de Nice

Signaux physiologiques



Environnement



Prise alimentaire



Emotions
Pensées

MOTIVATION
à manger
(Selon modèle
de Hull)

Système
FAIM/SATIÉTÉ

Drive
(ou besoin)

+

Système
HÉDONIQUE

Incentive
(ou attirance)

Centres
sensoriels

(vue, toucher,
goût, olfaction
rétro-nasale)

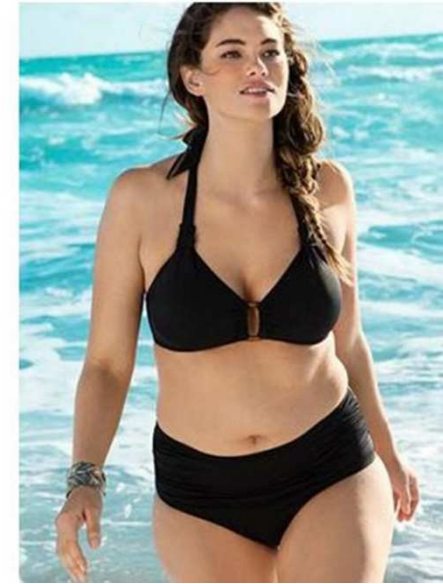
Obésité: maladie liée à la pression sociale



Votre Bilan personnalisé OFFERT

- ⊕ Double menton
- ⊕ Bras
- ⊕ Ventre
- ⊕ Hanche
- ⊕ Cuisses
- ⊕ Genoux

PERTE JUSQU'A 3 CM dès la première séance



Régimes à répétition : cause d'obésité...et de TCA



- Perte de poids rapide
- Euphorisant
- Valorisant
- Gain d'estime de soi
- Changement du regard des autres



Régime restrictif
et/ou
hyperprotéiné



Fonctionne mais à
très court terme
seulement



- Repas stéréotypés
- Isolement social
- Frustration
- Perte aliments « plaisir »
- Dépression
- Fatigue
- Augmentation faim
- « on craque »

Certaines obésités surviennent à l'occasion de TCA

Manière de manger, ou d'éviter de manger, qui affecte négativement la santé physique et/ou mentale du sujet.





**Quels types de
Troubles alimentaires
dans l'obésité ?**



Tachyphagie



Manger trop vite lors d'un repas



Hyperphagie prandiale

Consommation souvent rapide et sans faim d'une quantité importante de nourriture, au-delà de la satiété.

2 jours par semaine pendant au moins 6 mois



Restriction cognitive

Restriction alimentaire:

- sélection de certains aliments (allégés)
- exclusion d'autres (graisses, sucres simples)
- contrôle permanent des quantités ingérées
- périodes de jeûne / saut de repas
- culpabilité +++
- comportements punitifs de gestion d'écarts
- stratégies d'évitement (aliments/ circonstances qui incitent à manger de façon incontrôlée).

Désinhibition:

- Perte de contrôle: « je craque »
- Sensations sont niées
- Comportement alimentaire régulé par pensées automatiques liées aux émotions
- Amène les compulsions alimentaires



Les TCA extra-prandiaux



Compulsions alimentaires

temps assez court, d'une
aliments choisis, à valeur
nutritionnelle faible et à
teneur énergétique
élevée



Compulsions alimentaires

Compulsions sucrées
« carbohydrates
carbones »
= toxicomanie:

augmentation des taux de
sérotonine cérébrale.



temps assez court
alim

3 à 4 fois plus fréquents
dans la population obèse que
dans population non obèse

t
élevé

— Causes:

Restriction alimentaire volontaire Restriction cognitive
Emotions négatives



Hyperphagie boulimique

(= BED binge eating disorder)



- A. Episodes récurrents de crises de boulimie caractérisés par
 - a. Consommation rapide d'une large quantité de nourriture (<2h)
 - b. Sensation de perte de contrôle

Indicateurs comportementaux de la perte de contrôle

- Manger en cachette
- Manger en réponse à un affect négatif



B. Les épisodes doivent être accompagnés de 3 des éléments suivants:

vv manger beaucoup plus que normalement,

vv manger jusqu'à se sentir mal

vv manger sans avoir faim

vv manger seul par honte

vv Sentiment de dégoût, de déprime ou de culpabilité après l'épisode

C. Présence d'une souffrance

D. L'hyperphagie survient au moins une fois par semaine pendant 3 mois consécutifs

E. La frénésie alimentaire n'est pas associée à l'utilisation récurrente de comportements compensatoires et ne survient pas exclusivement au cours de la boulimie ou l'anorexie mentale

Sévérité du trouble:

Léger: 1-3 épisodes par semaine Modéré: 4-7 épisodes par semaine Sévère: 8-13 épisodes par semaine Extrême: > 14 épisodes par semaine

Grignotages pathologiques



Consommation répétitive, automatique, de petites quantités d'aliments, facilement accessibles (sur toute la journée ou en partie) sans réelle faim

Réponse à une stimulation externe sensorielle (vue, odorat)

Consommation répétitive, automatique
accessibles (sur toute la journée)
Réponse à une stimulation externe

A distinguer de la collation =
prise alimentaire modeste,
déterminée et non répétitive





Hyperphagie nocturne: « Night eating syndrome »

Prise alimentaire et grignotages nocturnes

Anorexie matinale

Hyperphagie du soir: $\geq 50\%$ de
l'apport énergétique total
consommé après le dîner

Compulsions nocturnes riches
en glucides et pauvres en
protéines

Troubles du sommeil
Dépression et stress



Taux plasmatiques de :

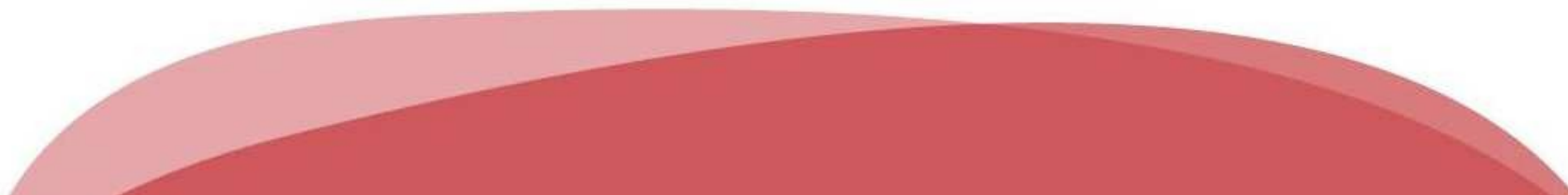
- cortisol élevé
- mélatonine et leptine abaissés

(Allison, Eat Behav, 2008)





**Quelle est la prévalence des
Troubles alimentaires en cas
d'obésité ?**

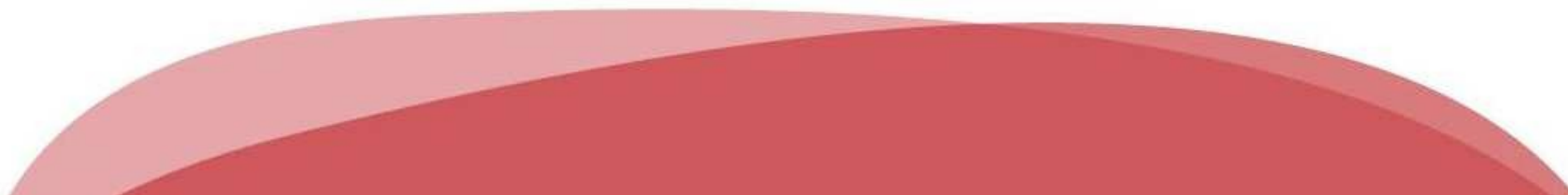


Prévalence dans l'obésité	Etudes nationales et internationales
Hyperphagie	40% à 56%
Grignotage pathologique	26% (Colles, Obesity, 2008)
Compulsions et/ou Hyperphagie boulimique	5-8% obèses dans population générale 20-30% obèses qui consultent (Marcus, A comprehensive handbook, 1995)
Hyperphagie nocturne	9% à 27% (Allison, Surg Obes Relat, Dis, 2006)

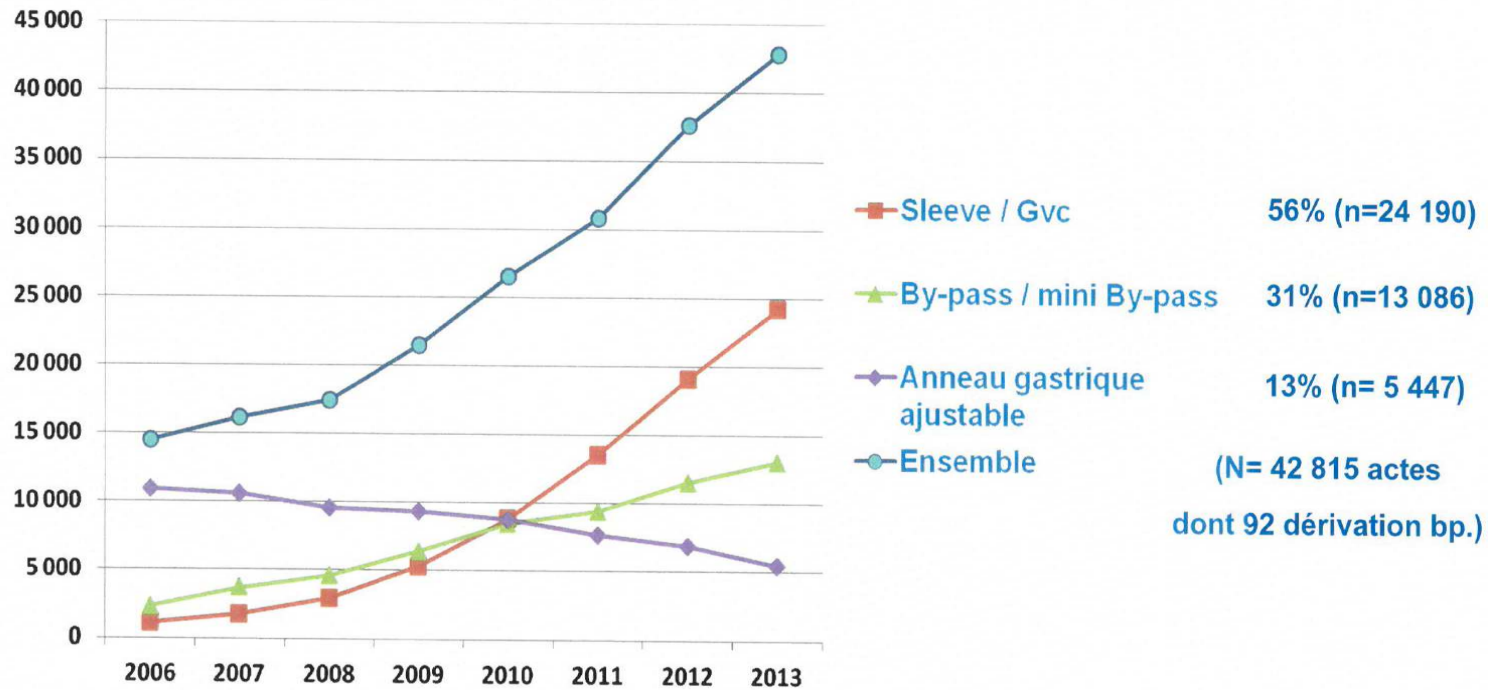
Prévalence dans l'obésité	Etudes nationales et internationales	Etude Nutrition CHU Rouen en 2011 (n=130) (Folope, Nutrition, 2012)
Hyperphagie	40% à 56%	58.4% des patients
Grignotage pathologique	26% (Colles, Obesity, 2008)	Majorité de femmes
Compulsions / Hyperphagie boulimique	5-8% obèses dans population générale 20-30% obèses qui consultent (Marcus, A comprehensive handbook, 1995)	24.2% compulsions ou Hyperphagie boulimique
Hyperphagie nocturne	9% à 27% (Allison, Surg Obes Relat, Dis, 2006)	



TCA et chirurgie bariatrique ?



Tendances temporelles des actes de chirurgie bariatrique, par acte, de 2006 à 2013





Contre-indications



- Troubles mentaux sévères
- Troubles du comportement alimentaire sévères non stabilisés
- Dépendance à l'alcool et/ou aux drogues
- Maladies mettant en jeu le pronostic vital
- Contre-indications à l'anesthésie générale
- Absence de suivi médical préalable / difficultés de compliance au suivi



- Troubles mentaux sévères
- Troubles du comportement alimentaire sévères non stabilisés
- Dépendance à l'alcool et/ou aux drogues
- Maladies mettant en jeu le pronostic vital
- Contre-indications à l'anesthésie générale
- Absence de suivi médical préalable / difficultés de compliance au suivi

TCA après chirurgie bariatrique

- soit TCA présents avant la chirurgie (parfois non diagnostiqués) qui persistent ou s'aggravent
- soit TCA qui apparaissent du fait des contraintes alimentaires imposées par le montage chirurgical.



Evolution des TCA présents avant la

TCA diagnostiqués en préopératoire	Evolution en post-op
Tachyphagie	améliorée
Hyperphagie prandiale	améliorée
Restriction cognitive	Peu évaluée
Compulsions et/ou Hyperphagie boulimique disparition des Parfois grignotages/compulsions sucrées	amélioration / compulsions alimentaires sucrées
Grignotage	FdR de reprise pondérale
Hyperphagie nocturne	Stable

Evolution des TCA présents avant la chirurgie

TCA diagnostiqués en préopératoire	Evolution post-op
Tachyphagie	
Hypertrophie	
Recul	
Compulsions	
Hyperphagie diurne	Stable
Parfois grignotage	
Grignotage	reprise pondérale
Hyperphagie nocturne	Stable

Manger en fonction des émotions a été identifié comme facteur d'échec après chirurgie bariatrique car engendre compulsions et grignotages

Zimmerman et al. J Clin Psychiatry, 2007

Evolution des TCA présents avant la chirurgie

TCA diagnostiqués en préopératoire

Tachyphagie

Hypertrophie

Régression

Comorbidités

Hypertension

diabète

Parfois grignotage

Grignotage

Hyperphagie nocturne

Manger
émotions
comme fact
chirurgie
engendre

128 patients candidats à chirurgie bariatrique ont bénéficié d'une thérapie de type TCC avant chirurgie

Meilleure réponse chez les répondeurs à la TCC à M6 et M12 :
-M6 : 46% vs 38% d'excès de perte de MG
-M12 : 59% vs 50%

Ashton et al. Surg Obes Relat Dis, 2011

reprise pondérale

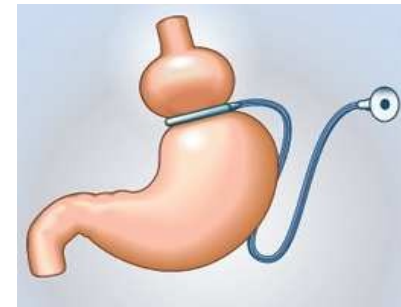
Stable

Evolution des TCA présents avant l'AG

Chirurgie restrictive

Evolution à 1 ans après anneau de gastroplastie ajustable (n=129)

Prévalence TCA	Préopératoire	1 an après AG
Hyperphagie boulimique	14%	3.1%
Hyperphagie	31%	22.5%
Hyperphagie nocturne	17.1%	7.8%
Grignotage	26.3%	38%



Anneau gastrique ajustable

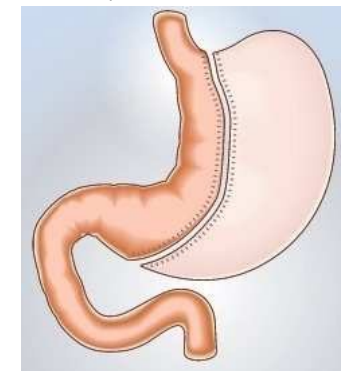
Les compulsifs préopératoires deviennent grignoteurs.

Evolution des TCA présents avant la sleeve

Chirurgie restrictive

Evolution à 1 ans après sleeve gastrectomie (n=46)

Amélioration des critères de	À hauteur de
Hyperphagie boulimique	89%



Sleeve
gastrectomy

(Melero, Cir Esp, 2014)

Evolution des TCA présents avant le bypass

Chirurgie restrictive et malabsorptive

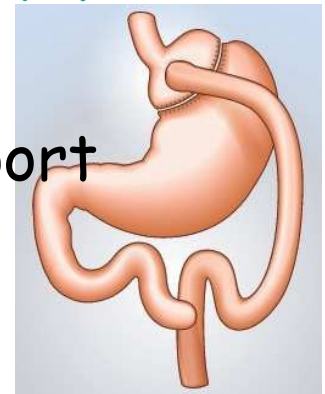


Evolution 3 à 10 ans (4.2 ans en moyenne) après by-pass
gastrique (n=497)

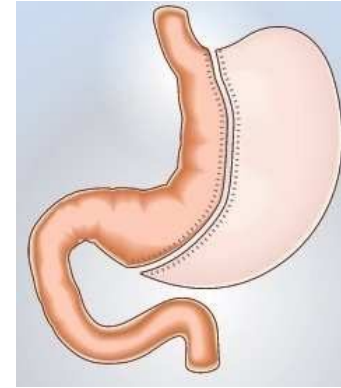
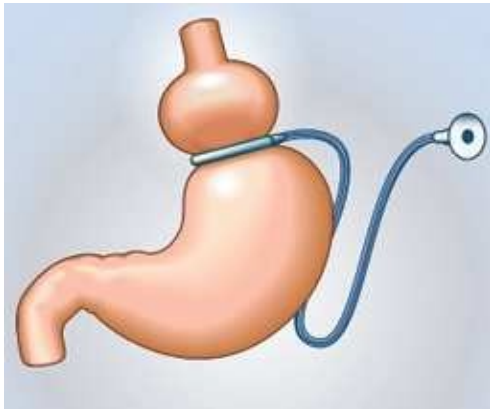
87% ont rapporté une reprise pondérale en rapport
avec:

Fréquence des compulsions

Perte de contrôle pendant les repas Grignotage

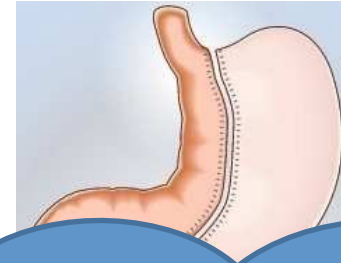
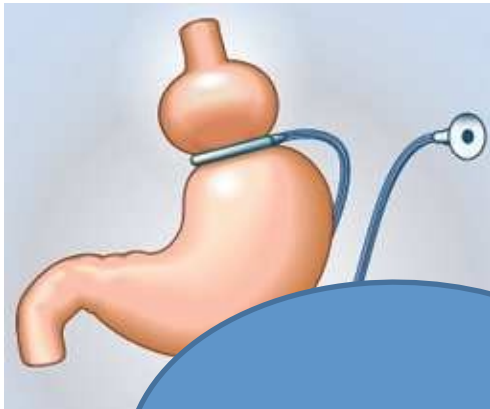


Chirurgies de réduction gastrique



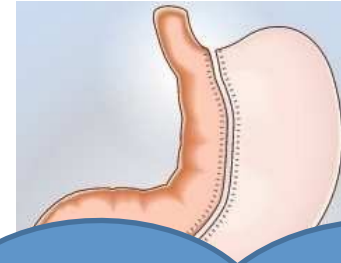
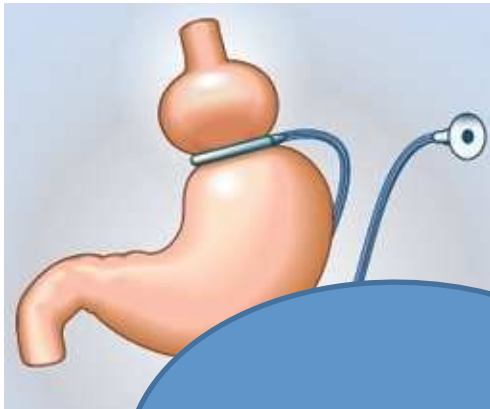
copyright © 2008
obesite-solution-chirurgie.com

Chirurgies de réduction gastrique



- Tps de repas long
- Diversité alimentaire réduite
- Crainte par rapport à certains aliments (blocages, vomissements)

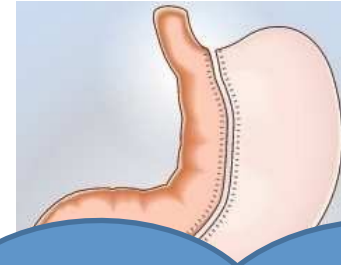
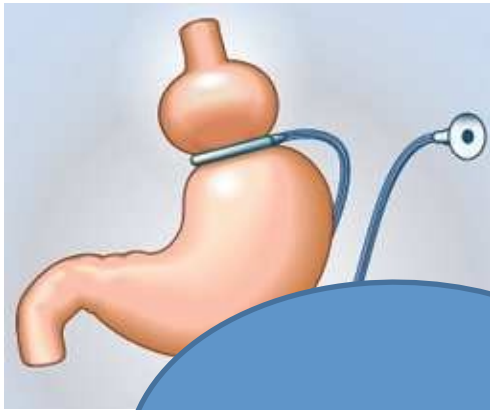
Chirurgies de réduction gastrique



- Tps de repas long
- Diversité alimentaire réduite
- Crainte par rapport à certains aliments (blocages, vomissements)

**Dumping syndrome
précoce ou tardif**

Chirurgies de réduction gastrique



**Compulsions alimentaires
semi-liquide sévères
(sodas, crèmes glacées,
yaourts liquides)**

**de repas long
alimentaire réduite
rapport à certains
ts (blocages
nissement**

**Dumping syndrome
précoce ou tardif**

TCA induits par la chirurgie bariatrique

Compulsions alimentaires:
Isolées ou Hyperphagie boulimique
(6 à 69%)

Adami et al. Int J Eat Disord, 1995; Allison et al. Obesity, 2006

Compulsions nocturnes (1.9 à 42%)

Adami et al. Int J Eat Disord, 1999; Gluck et al. Obes Res, 2011.

Grignotage pathologique
(19.5 à 59.8%)

Colles et al. Obesity, 2008; Burgmer et al. Obes Surg, 2005



Amaigrissement modéré
Reprise pondérale rapide

Manœuvres de purge
postprandiales précoces
pour limiter l'inconfort
gastrique

De Zwaan et al. Surg Obes Relat Dis, 2010;

Pessina et al. Obes Surg, 2001

Blocages alimentaires
Hyperphagie Tachyphagie
Mastication insuffisante

De Zwaan et al. Surg Obes Relat Dis, 2010;

Pessina et al. Obes Surg, 2001

Vomissements
provoqués pour
contrôler le
poids et/ou la
silhouette (11.9%)

De Zwaan et al. Surg Obes Relat Dis, 2010;



TCA apparaissant après la chirurgie

Anorexie mentale

Anxiété
Manœuvres de purge volontaire
Restriction calorique intense
Perte rapide de poids

Shear et al. Obes Res Clin Pract, 2015;

TCA atypiques (EDNOS)

Peur de reprendre du poids
Insatisfaction corporelle

Boulimie

Crises compulsives
Manœuvres compensatoires volontaires (purges, médicaments, jeûne, exercice physique)
Influence excessive du poids et de la silhouette sur l'estime de soi

Marino et al. Int J Eat Disord, 2012

TCA apparaissant après la chirurgie

Série de 12 cas ayant développé un TCA après chirurgie bariatrique

Femmes de 23 à 69 ans

Conceição et al. Int J Eat Disord, 2013

IMC pré-op de 40.4 à 79.4 kg/m² IMC post-op :
13 - 38,6 kg/m²

Peur de reprendre du poids (N=10)

Dysmorphophobie (N=12)

Apports < 400 kcal/j (N=10)

Vomissements provoqués (N=4)

Hyperactivité physique (N=2)

Abus diurétiques/laxatifs (N=2)

Pilule amaigrissante (N=1)

11 patientes avaient un ATCD de TCA avant la chirurgie (1 AN, 2 BN, 5 BED, 3 manœuvres compensatoires avec diurétiques ou laxatifs)



TCA apparaissant après la chirurgie

Série de 12 cas ayant développé un TCA après chirurgie bariatrique

Femmes de 23 à 69 ans

IMC pré-op de 40.4 à 79

13 - 38,6 kg

Conceição et al. Int J Eat Disord, 2013

Peur de

Dysm

Ap

Vom

Hyp

Abu

Pilule anti

Les patientes ont rapporté que mastiquer, régurgiter ou cracher étaient des alternatives aux compulsions et leur permettaient de limiter leur poids

11 patientes avaient un TCA de type AN (1 AN, 2 BN, 5 BED, 3 manœuvres compensatoires avec diurétiques ou laxatifs)





Comment dépister les
TCA chez les patients
obèses en pratique?

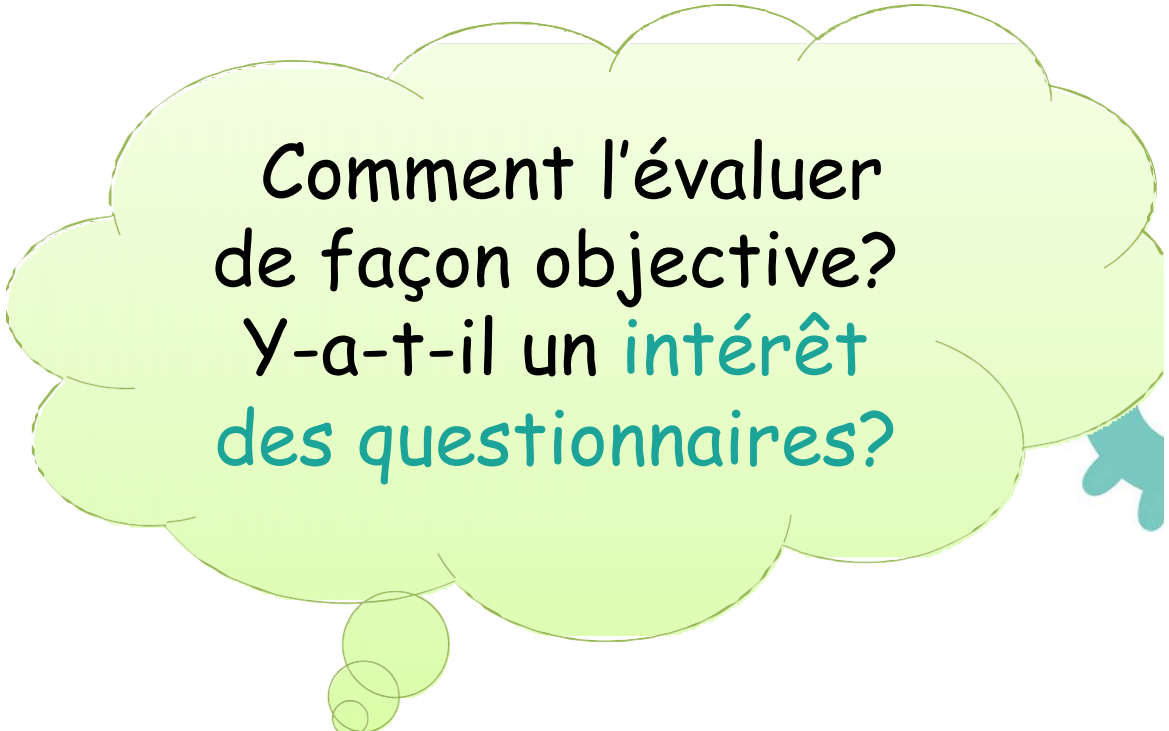


Prévalence élevée des TCA chez les
personnes obèses

Mais

Difficultés de repérage
Minimisation de la gravité
Minimisation de la fréquence





Comment l'évaluer
de façon objective?
Y-a-t-il un intérêt
des questionnaires?

Le comportement alimentaire est
COMPLEXE ET
MULTIFACTORIEL
DIFFICILE A EVALUER



DEPISTAGE DES TCA

RESTRICTION COGNITIVE & COMPULSIONS





HYPERPHAGIE BOULIMIQUE

-EDI 2 (Eating Disorder Inventory 2)

Évalue 11 dimensions (en 91 items)
telles que:

- recherche de la minceur
- boulimie
- insatisfaction corporelle
- contrôle des pulsions
- perfectionnisme

(J.D Guelfi, V Gaillac and R Dardennes, Editors,
Psychopathologie quantitative, Masson, Paris
(1995), pp. 249-260)

-BULIT (Bulimia Test)

Auto-questionnaire traduit, validé et
largement utilisé en France.

Score >101: syndrome boulimique

Score entre 87 et 101: compulsions
alimentaires

((Guelfi JD. L'évaluation clinique standardisée
en Psychiatrie. Paris. Editions Médicales Pierre
Fabre, 1996

Bouvard M, Cottraux J. Protocole d'échelle et
d'évaluation en Psychiatrie et en Psychologie.
Paris, Masson. 1996)





HYPERPHAGIE NOCTURNE (Night Eating Disorder)

-**NEQ** (Allison, Eating Behav, 2008)

Questionnaire évaluant l'intensité du comportement et des symptômes psychologiques liés à l'hyperphagie nocturne. Mais **pas de traduction française.**



Dépistage réalisé au moyen d'entretiens cliniques avec médecin, psychiatre, psychologue, diététicien, infirmier ou autre personnel spécialisé.

ALIMENTATION EMOTIONNELLE

- **DEBQ (Dutch Eating Behaviour questionnaire)** créé par Van Strien & al (1986); Pas de traduction française validée publiée

33 questions ; 3 dimensions:

- Alimentation émotionnelle,
- Alimentation externe
- Restriction alimentaire

(Int J Eat Disord 1986)



TACHYPHAGIE, HYPERPHAGIE & GRIGNOTAGE

Pas de questionnaire d'évaluation en version française



Questionnaire SCOFF

Q1 : Vous faites-vous vomir lorsque vous avez une sensation de trop plein?

Q2 : Etes-vous inquiet(e) d'avoir perdu le contrôle des quantités que vous mangez?

Q3 : Avez-vous perdu plus de 6kg en moins de 3 mois?

Q4 : Vous trouvez-vous gros(se) alors que les autres disent que vous êtes trop mince?

Q5 : Diriez-vous que la nourriture domine votre vie?

Positif si $>$ ou $= 2$

(Garcia, World J Biol Psy, 2010) & Garcia, Clin Nutr 2011)

Limites de l'utilisation des questionnaires:



**Aucun questionnaire ne permet une
approche complète du trouble du
comportement alimentaire**



Analyser le comportement alimentaire:

Chercher les **moments de « perte de contrôle »** qui ne correspondent pas à son alimentation habituelle.

Puis faire préciser

- Alternance de restrictions et de compulsions
- Hyperphagie boulimique
- Grignotage pathologique
- Hyperphagie nocturne





CONCLUSION



-Evaluation du comportement alimentaire du patient obèse: **indispensable** pour une prise en charge de qualité

-Entretien clinique averti: primordial

- Questionnaires: supports complémentaires
SCOFF en première intention

Puis si positif: TFEQ, EDI-2, BULIT et DEBQ



Régime hypocalorique trop restrictif ou de trop longue durée contribue aux **TCA compulsifs**



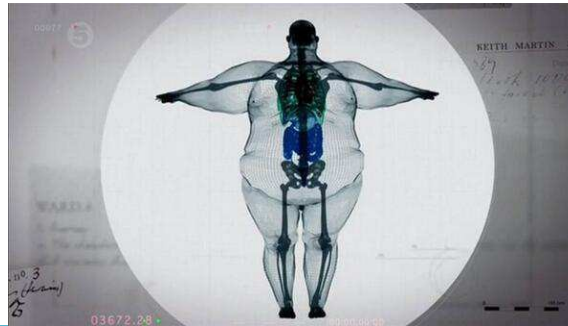
Interroger le patient avant de le mettre au régime hypocalorique ou de l'opérer de chirurgie bariatrique **sur son comportement alimentaire et ses ATCD de TCA+++**



Probabilité forte pour qu'un **patient qui reprend du poids après chirurgie bariatrique** ait un TCA sous-jacent (grignotage+++ ou compulsions).

Déculpabiliser

Aider le patient à renouer avec les sensations de faim/rassasiement



Faire comprendre que le traitement du TCA dans un premier temps est primordial: aboutira à une perte de poids **durable** dans un deuxième temps
(Phelan, Annals of Behav Med, 2009)

En cas de projet de chirurgie bariatrique: privilégier une PEC multidisciplinaire afin de prendre en charge les TCA avant la chirurgie.

Adresser les patients aux thérapeutes qui font de la TCC
Pour les compulsions:
inhibiteurs de recapture de la sérotonine

Merci pour votre attention

