



Perturbations des conduites alimentaires, adolescence et diabète Quand penser à un trouble des conduites alimentaires et que faire ?

Nathalie Godart, Mouna Hanachi, Sebastien Guillaume

► To cite this version:

Nathalie Godart, Mouna Hanachi, Sebastien Guillaume. Perturbations des conduites alimentaires, adolescence et diabète Quand penser à un trouble des conduites alimentaires et que faire ?. Diabète & Obésité, 2017. ⟨hal-04521363⟩

HAL Id: hal-04521363

<https://hal.science/hal-04521363v1>

Submitted on 26 Mar 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



HAL Authorization

PERTURBATIONS DES CONDUITES ALIMENTAIRES, ADOLESCENCE ET DIABÈTE

Quand penser à un trouble des conduites alimentaires et que faire ?



Dr Nathalie Godart¹, Dr Mouna Hanachi², Pr Sébastien Guillaume³

Introduction

L'association entre troubles des conduites alimentaires (TCA) et diabète à l'adolescence est une situation redoutée par les cliniciens, en particulier pour le diabète de type 1. Elle est source de complications aiguës (déséquilibre glycémique associant épisodes récurrents d'hypoglycémie sévère avec coma et d'acidocétose), motivant des hospitalisations longues en moyenne et de complications vasculaires chroniques (micro et macro-angiopathies), plus précoces et fréquentes. Les autres facteurs de risque cardiovasculaire, telles l'hypertension et la dyslipidémie, sont également plus fréquents chez les diabétiques souffrant de TCA (1). En outre, cette comorbidité est source d'une surmortalité, survenant chez des sujets jeunes. L'apparition de complications est liée à la gravité et à la durée d'évolution

du TCA. Une intervention thérapeutique précoce pourrait permettre une amélioration du pronostic de ces sujets. Détecter ces troubles n'est pas aisé, car, à l'adolescence, ils sont souvent cachés ou non reconnus comme tels, puisque non mentalisés. Par ailleurs, chez les adolescents et jeunes adultes, l'hyperphagie boulimique associée à un surpoids, voire à une obésité, favorise l'émergence d'un diabète de type 2. Cette comorbidité complique l'évolution et la prise en charge de ces sujets (2).

Nous proposons ici des éléments de compréhension de ce que sont les TCA, la description des particularités cliniques consécutives à la présence simultanée d'un TCA et d'un diabète à l'adolescence, des éléments utiles au repérage ainsi que les grandes lignes des soins à proposer.

CONDUITES ALIMENTAIRES, PERTURBATIONS ET TCA

Parler de TCA implique de définir les conduites alimentaires "normales". Cela est complexe, car l'alimentation est soumise à

de multiples facteurs de variation impliquant, entre autres, des éléments culturels, religieux, socio-économiques, familiaux et individuels. Schématiquement, une conduite alimentaire normale devrait permettre des apports alimentaires qualitativement et quantitativement adaptés aux besoins de l'individu.

■ CONTEXTES

L'apparition d'une perturbation des conduites (ou comportements) alimentaires peut survenir

dans des contextes variés. Elle peut notamment être l'expression d'un problème somatique ou d'une perturbation émotionnelle et/ou relationnelle. Ce signal peut être sans gravité, car temporaire, isolé et contemporain d'une affection somatique bénigne ou d'un événement de vie particulier. Mais il peut également être le symptôme d'une affection somatique plus sévère (affection maligne, inflammatoire, chronique, etc.) ou psychiatrique (dépression, TCA, etc.).

¹ Institut Mutualiste Montsouris service de psychiatrie, faculté de médecine, université Paris Descartes ; CESP, Inserm, université Paris-Sud, UVSQ, université Paris-Saclay

² Unité de nutrition clinique, hôpital Raymond Poincaré, Garches ; faculté de médecine, université de Versailles, St Quentin-en-Yvelines

³ Département d'urgence et post urgences psychiatrique CHU de Montpellier, Inserm U1061, université de Montpellier

■ QU'ENTEND-ON PAR TCA ?

L'expression TCA fait référence à une nomenclature de classifications internationales des affections psychiatriques tels la CIM (Classification Internationale des Maladies) et le DSM¹ (Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux) – les plus utilisées actuellement dans les recherches internationales. Dans ces classifications, le terme TCA représente les perturbations persistantes du comportement alimentaire entraînant un mode de consommation pathologique délétère pour la santé physique et/ou le fonctionnement social. Ces perturbations sont associées à un cortège de symptômes, incluant une perception perturbée de son image corporelle et une mésestime de soi. Par TCA, on désigne le plus souvent l'anorexie mentale, la boulimie nerveuse, l'hyperphagie boulimique² et les autres troubles qui associent, à divers degrés, les symptômes des premiers (formes

ENCADRÉ 1- CRISES DE BOULIMIE

- 1- Absorption, dans une période limitée de temps, d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient dans les mêmes circonstances.
- 2- Cette absorption est associée à un sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise (par exemple, sentiment de peur de ne pas pouvoir s'arrêter de manger ou de ne pas pouvoir contrôler ce que l'on mange ou la quantité).

dites partielles, subsyndromiques ou – plus classiquement – non spécifiées TCA-NS). L'obésité n'est pas considérée comme une affection psychiatrique et n'est donc pas classée dans les TCA.

■ ANOREXIE MENTALE

Classiquement, les patients souffrant d'anorexie mentale ont des apports alimentaires insuffisants, sont amaigris et dénutris. Ils surevaluent leur poids ou leurs formes corporelles, ce qui impacte négativement leur estime d'eux-même. Ils peuvent présenter – du fait de la dénutrition – des manifestations d'hypogonadisme, se traduisant par une aménorrhée primaire ou secondaire³ chez les filles et des érections chez les garçons.

■ BOULIMIE ET HYPERPHAGIE

Ceux souffrant de boulimie dite nerveuse (BN) présentent des crises de boulimie régulières (*Encadré 1*) et développent des stratégies pour éviter de prendre du poids (vomissements, activité physique, etc.). Ils ont une estime de soi impactée par leur poids ou leurs formes corporelles et ont un poids dans les limites basses de la normale. Les patients souffrant d'hyperphagie boulimique

présentent régulièrement des crises d'hyperphagie boulimique sans stratégie de contrôle de poids associée et sont en conséquence fréquemment en situation de surpoids ou d'obésité. À cela s'ajoutent au moins 3 des caractéristiques suivantes :

- manger beaucoup plus rapidement que la normale jusqu'à se sentir inconfortablement plein,
- manger très rapidement, parce qu'on se sent gêné par la quantité de nourriture que l'on absorbe,
- manger en grandes quantités sans ressentir la faim physiquement,
- se sentir dégoûté de soi-même, déprimé ou très coupable après avoir trop mangé.

Toutes ces manifestations sont associées à une souffrance importante.

Pour parler de boulimie ou d'hyperphagie au sens strict du terme, les crises doivent avoir une fréquence minimale de une par semaine pendant trois mois, sinon ce sont des formes dites non spécifiées (ou partielles). Elles ont les mêmes complications et bénéficient du même traitement en pratique clinique.

■ RÉPARTITION DES TCA DANS LA POPULATION

Les TCA débutent fréquemment chez les adolescents et les jeunes adultes et évoluent de manière

1. Dans le DSM-5, les TCA sont remplacés par la catégorie "troubles des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments", incluant un panel plus large de troubles. Sont incluses les catégories suivantes :

- anorexie mentale,
- boulimie,
- accès hyperphagique (binge eating disorder),
- pica,
- méricysme,
- restriction ou évitement de l'ingestion d'aliments,
- autre trouble de l'alimentation et de l'ingestion d'aliments, spécifié
- anorexie mentale atypique,
- boulimie de faible fréquence et/ou de durée limitée,
- accès hyperphagique de faible fréquence et/ou de durée limitée,
- trouble purgatif,
- syndrome de l'alimentation nocturne,
- autre trouble de l'alimentation et de l'ingestion d'aliments, non spécifié

2. Désignée comme accès hyperphagiques dans le DSM-5.

3. Le DSM-5 a supprimé l'aménorrhée dans sa définition.

souvent chronique. Selon une revue des études internationales (3), la prévalence vie entière en population générale de l'anorexie mentale chez les jeunes femmes est de l'ordre de 0,5 à 2,2 %, et celle de la boulimie de 1 à 3 %. Ces troubles sont 7 à 10 fois moins fréquents chez les hommes. L'hyperphagie boulimique est un facteur de risque de surpoids et d'obésité, auxquels elle est fréquemment associée. Sa prévalence en Europe est de 1,9 % chez les femmes et 0,3 % chez les hommes. Elle est rare chez les adolescents et pré-adolescents (0,2 % entre 10 et 18 ans).

Les formes partielles ou sub-syndromiques (TCA-NS) sont 2 à 3 fois plus fréquentes : elles représentent environ 60 % des demandes de soins. Si elles sont moins sévères en apparence, ces formes sont néanmoins un facteur de risque aussi important que les TCA avérés dans la survenue de complications somatiques et psychiques à l'âge adulte. Ces TCA-NS sont les formes les plus fréquemment observées en association au diabète (2, 4). Les TCA sont fréquemment associés à d'autres troubles psychiatriques, tels que la dépression, les troubles anxieux, les troubles de la personnalité et les troubles addictifs (alcoolisme, tabagisme, toxicomanie).

ADOLESCENCE, ALIMENTATION ET TCA

L'adolescence est une période de la vie qui correspond à une phase de développement et de maturation sur le plan physiologique (puberté), somatique (croissance et développement du corps, y compris du cerveau), psycholo-

gique (maturation et individuation) et social (autonomisation). C'est une période de la vie où les comportements quotidiens du sujet sont marqués par l'impulsivité, l'émotivité et les conflits (internes à l'individu, mais aussi extérieurs avec autrui et la société). Le comportement alimentaire ne fait pas exception.

■ ADOLESCENCE ET ÉVOLUTION DU COMPORTEMENT

Au quotidien, de l'enfance à l'âge adulte – et plus encore à l'adolescence – nos comportements alimentaires sont affectés par nos états émotionnels et relationnels. Le fait d'être stressé, triste, joyeux, anxieux, en colère ou encore amoureux augmente l'appétit des uns et réduit celui des autres (5). En outre, le comportement alimentaire à l'adolescence est impacté par des besoins physiologiques importants, mais aussi par le souci d'intégration à son groupe d'âge (et souvent en opposition aux parents et adultes, jugés trop raisonnables). Ainsi, les soirées ou moments partagés s'organisent souvent autour de *junk food*, associant pizzas, hamburgers, confiseries, sodas et diverses boissons sucrées. Par ailleurs, les adolescents ont souvent un rythme de journée se décalant vers la nuit et refusent les rythmes imposés (repas réguliers). Par conséquent, leur alimentation est souvent anarchique, tant sur le plan des horaires que de sa composition.

■ L'ADOLESCENCE : UNE PÉRIODE À RISQUE

L'adolescence est une phase au cours de laquelle l'image de soi est en construction, l'estime de soi

bien souvent malmenée et l'insatisfaction corporelle est fréquente. Le souhait de "se sentir mieux dans sa peau" peut conduire les adolescents à vouloir perdre du poids. Ainsi, jusqu'à 28 % des adolescentes et 20 % des adolescents – âgés de 10 à 19 ans – déclarent s'être fait vomir pour perdre du poids. Les stratégies alimentaires restrictives dans le but de contrôler son poids concernent 8 % des garçons et 19 % des filles (3). L'adolescence et le début de l'âge adulte sont des périodes à risque pour le développement de ces TCA. Le plus souvent, les adolescents ne présentent cependant pas de TCA, au sens psychiatrique du terme. Il faut évoquer le diagnostic de TCA chez des personnes à poids normal, exprimant des préoccupations envahissantes autour de l'idée d'être trop gros ou de la peur de grossir, associées à des conduites de régimes restrictifs inadaptés et répétés. Ces personnes ne reconnaissent généralement pas souffrir d'un TCA, ce qui représente une difficulté importante à la mise en œuvre des soins. Pour une prise en charge précoce – qui améliore le pronostic – la mobilisation de l'entourage est donc cruciale.

■ LES FORMES DE TCA DANS L'ADOLESCENCE

Chez les adolescentes, la première cause d'amaigrissement est l'anorexie mentale (AM). L'AM sera évoquée face à une restriction alimentaire qualitative et/ou quantitative qui dure, volontaire ou non, et à une perte de poids (progressive ou rapide). La boulimie (BN) se manifeste également. Les crises sont souvent tardivement repérées par l'entourage car la personne – se sentant honteuse

ou coupable – les cache. Un faisceau de signes peut alerter : disparition répétée de grandes quantités d'aliments, vomissements constatés, isolement aux toilettes ou dans un lieu retiré régulier après les repas, irritations du dos des mains et/ou de la commissure des lèvres...

Plus rarement, certains adolescents présentent des crises d'hyperphagie similaires aux crises observées dans la boulimie, mais n'ont pas de stratégie pour éviter de prendre du poids. Cette symptomatologie s'associe à une alimentation source de malaise et de souffrance (voir ci-dessus pour description détaillée) : on parle alors d'hyperphagie boulimique, qui est associée à un surpoids, voire une obésité.

ADOLESCENCE ET DIABÈTE : QUAND PENSER AU TCA ?

Chez les adolescents souffrant de diabète, la gestion du traitement devient fréquemment anarchique et les conduites alimentaires – comme chez les autres adolescents – sont chaotiques. L'acceptation difficile du trouble, le sentiment d'invulnérabilité et le besoin de rejeter le carcan de la maladie sont à l'origine de situations périlleuses. Les conflits d'individuation avec les parents se centrent bien souvent sur la gestion de l'équilibre glycémique : l'adolescent rejette d'abord le diagnostic puis le contrôle parental. C'est une question délicate, car les parents confient parfois trop précocement la responsabilité de cet équilibre glycémique à leur enfant, pour qui elle devient alors un fardeau écrasant [6].

■ DES COMPORTEMENTS À RISQUE

Oublier une injection d'insuline, manger à des horaires aléatoires et décalés, enchaîner les pizzas en buvant des sodas et compléter le menu par une orgie de sucreries devient une quasi-normalité pour l'adolescent diabétique, en référence à son groupe de pairs. Cette insouciance dangereuse pour l'équilibre glycémique ne signe pas un TCA. Cela ne doit pas pour autant conduire à négliger qu'il existe une augmentation du risque de TCA parmi les adolescents atteints de diabète de type 1 (DT1) [4, 7] et possiblement ceux de type 2 (DT2) [8].

> Diabète de type 1

Selon une méta-analyse des études réalisées à propos du DT1 [9], le risque d'AM ne serait pas accru contrairement à celui de BN. Le risque de TCA-NS serait, quant à lui, 2 à 3 fois plus fréquent en comparaison avec la population générale. Les perturbations du comportement alimentaire associées au diabète s'accroissent avec l'âge et le poids des sujets. Les omissions d'insuline seraient plus observées chez les jeunes femmes, augmentant avec l'âge et pouvant atteindre jusqu'à 40 % des sujets. Ce comportement, appelé "diabulimia", consiste en une baisse des doses d'insuline nécessaires afin de pouvoir s'octroyer des écarts alimentaires sans prendre du poids, voire en perdre [6]. Les patients souffrant de diabulimia présentent le plus de risque de complications du diabète [10]. Ces omissions sont majorées par des troubles de personnalité de type "état limite" (personnalité caractérisée par une impulsivité et instabilité émotion-

nelle à l'origine d'une souffrance et d'une altération des relations interpersonnelles) [4, 7].

> Diabète de type 2

L'hyperphagie boulimique (HB) ou la boulimie peuvent être associées au DT2. L'HB est plus fréquente chez les sujets adultes souffrant de DT2 et semble liée au degré d'obésité ainsi qu'au niveau de dépression de l'individu [11]. Ainsi, 6 % des adolescents souffrant de DT2 ont une HB comorbide et 20 % une HB partielle (TCA-ND de type HB). Ces sujets souffrent d'obésité plus sévère que ceux sans trouble d'HB. Parmi ces patients, certains tentent de perdre du poids en omettant leur traitement par anti-diabétiques oraux (sulfamides hypoglycémisants) ou par insuline et ce d'autant plus que leur régime n'est pas adéquat [8].

■ FACTEURS DE TCA CHEZ LES ADOLESCENTS DIABÉTIQUES

L'association entre TCA et diabète (types 1 et 2) est probablement favorisée par de multiples facteurs [6, 7]. La prise en charge quotidienne du diabète – qui implique de surveiller et maîtriser sa prise alimentaire et de s'injecter de l'insuline – favoriserait l'apparition de TCA chez des sujets ayant une vulnérabilité prémorbide. Un antécédent de surpoids est l'un des facteurs favorisant largement le développement de TCA en cas de diabète. D'autres facteurs de risque de TCA sont le début du diabète au cours de l'adolescence, ainsi que certaines perturbations psychologiques, tels qu'une mésestime de soi, des symptômes dépressifs et un trouble de la personnalité. Par ailleurs, des antécédents familiaux de TCA et

« **Les TCA doivent être recherchés systématiquement dans le suivi des adolescents et jeunes adultes diabétiques.** »

peu de soutien familial sont associés à un risque accru de TCA chez les adolescents diabétiques. Enfin, le diabète est associé à un risque de dépression important, lui-même associé aux TCA. Un mauvais équilibre glycémique conduisant à des hypoglycémies à répétition déclenche notamment des “fringales”, que le sujet peut vivre comme des crises de boulimie. Ces fringales causent alors une culpabilité et une crainte de prendre du poids. Ces sentiments font basculer le sujet dans un cercle vicieux de restriction et/ou omission d’insuline, comparable à la BN et très délétère. D’où la nécessité de bien éduquer les jeunes patients à reconnaître les symptômes d’hypoglycémie à l’origine de ces fringales afin de les prévenir et de les prendre en charge.

L’association d’un diabète et d’un TCA est lourde de conséquences. À court terme, l’omission d’insuline favorise le déséquilibre glycémique et cause des hospitalisations en urgence pour décompensation acido-cétosiques, mais expose aussi à plus de complications infectieuses, de consultations en urgence et d’hospitalisations [6, 10]. À long terme, elle augmente la survenue et la sévérité des complications du diabète. Les TCA occasionnent un plus grand nombre de complications micro-angiopathiques et

diminuent l’espérance de vie des patients, multipliant par trois le risque de mortalité [12, 6].

COMMENT REPÉRER UN TCA CHEZ DES PATIENTS SOUFFRANT DE DIABÈTE ?

■ LES SIGNES RÉVÉLATEURS

Les TCA doivent être recherchés systématiquement dans le suivi des adolescents et jeunes adultes diabétiques. Ils doivent particulièrement être évoqués chez un sujet (4, 7) avec un diabète mal équilibré, des déséquilibres glycémiques inexpliqués et des épisodes cétosiques – voire acido-cétoses répétées – associés à une insatisfaction corporelle importante, un poids bas ou un amaigrissement inexpliqué (4, 6, 7).

Jaser et al. rapportent un risque important de TCA chez les adolescents souffrant de DT1 en cas d’HbA1c > 9,2% et de plus de 20% des mesures d’HbA1c supérieures au 90^e percentile [6]. Dans ce contexte, le repérage d’une omission répétée d’insuline est un signe d’alerte précieux en faveur d’un TCA. D’autres signes doivent également alerter le praticien [4, 7] : irrégularité du suivi (rendez-vous manqués), refus d’être pesé, préoccupations excessives sur l’apparence physique, végétarisme/végétalisme/véganisme d’apparition récente, chiffrage excessif des apports caloriques conduisant à peser tous les aliments et crises d’hyperphagie.

■ DIAGNOSTIC

Le diagnostic se fait essentiellement sur l’entretien clinique. Des manifestations cliniques de TCA de type anorexique, boulimique ou hyperphagique boulimique (qui caractérisent aussi les TCA-NS)

doivent être recherchées par un examen complet. Il existe deux questionnaires utilisables en pratique clinique pour repérer des sujets à risque de TCA dans les populations d’adolescents diabétiques :
- le *Revised Diabetes Eating Problem Survey* (DEPS-R), qui est un auto-questionnaire de 16 items,
- le mSCOFF, une version adaptée au diabète et validée en population adolescente du questionnaire SCOFF recommandé par la HAS pour le repérage des TCA, mais modifiée pour intégrer deux questions spécifiques au diabète (Tab. 1) [4].

> Que rechercher ?

Lors de l’examen, il est important de questionner le patient mais aussi son entourage, dans la mesure où le déni des troubles est très fréquent. Une attention particulière doit être portée aux éléments suivants [4, 7, 13, 14] :

- Les courbes de croissance (poids, taille, IMC) : rechercher un surpoids antérieur au diabète et examiner les variations pondérales rapides au cours du temps (“yoyos”) ou – chez les plus jeunes – un arrêt ou un infléchissement de la croissance (poids, taille, IMC). Mais attention à ne pas oublier qu’un poids normal est compatible avec un TCA.
- Une restriction alimentaire importante, prolongée, une sélectivité alimentaire hors “régime diabétique” (viande, graisses, etc.), l’introduction d’un régime particulier (végétarisme, etc.), des croyances erronées autour de l’effet d’un aliment sur la prise de poids, des épisodes de “fringale” et/ou d’hyperphagie (mal vécus par le patient par peur de grossir et équivalent pour eux à une crise de boulimie ou un excès alimentaire risquant de leur faire prendre

du poids) sont à rechercher.

- Des préoccupations corporelles excessives sur le poids, la forme du corps ou de certaines parties (ventre, fesses, cuisses, etc.), des idées envahissantes sur l'alimentation, la composition des aliments, une ritualisation de la vie autour des repas eux-mêmes ritualisés (en termes d'horaire, de modalité de prise des repas de comportement, de choix des aliments, etc.) sont à investiguer.

- Les idées de contrôler son poids, ses formes corporelles, ses apports alimentaires, la composition de son corps deviennent des idées obsédantes, chez les sujets souffrant de TCA. En conséquence, ils développent des stratégies de restriction alimentaire, de limitation de l'insuline ou des antidiabétiques oraux, ou encore une activité physique qui peut être considérable. Plus rarement, des vomissements provoqués (après les repas ou lors de crises de boulimie) et la prise de diurétiques ou de laxatifs peuvent être associés. Ces éléments doivent être recherchés systématiquement.

PRISE EN CHARGE DU DIABÈTE ASSOCIÉ AUX TCA (4, 7, 13)

■ PRÉVENTION

La prévention des TCA lors de la prise en charge d'adolescents affectés par un diabète doit passer par la formation des professionnels au repérage des sujets à risque. Ces facteurs sont : des antécédents de surpoids, l'existence de préoccupations corporelles, une prise de poids importante au début du traitement, des hypoglycémies à répétition et/ou des acidocétoses, des antécédents familiaux de TCA, une

TABLEAU 1 - QUESTIONNAIRE DÉPISTAGE SCOFF SPÉCIFIQUE AU DIABÈTE.

2 réponses oui suggèrent un TCA.	Oui	Non
• Vous faites-vous vomir lorsque vous avez une sensation de trop-plein ?		
• Êtes-vous inquiet(e) d'avoir perdu le contrôle des quantités que vous mangez ?		
• Avez-vous récemment perdu plus de 6 kg en moins de 3 mois ?		
• Vous trouvez-vous gros(se) alors même que les autres disent que vous êtes trop mince ?		
• Diriez-vous que la nourriture domine votre vie ?		
• Oubliez-vous ou sous-estimez-vous assez souvent les doses d'insulines ?		
• Prenez-vous moins d'insuline que vous le devriez ?		
<i>D'après Zuidwijk et al 2014 (15)</i>		

fragilité psychologique associée (trouble de la personnalité, anxiété, dépression, mésestime de soi, etc.) et un soutien familial insuffisant. L'existence d'un de ces facteurs doit amener les soignants à proposer une évaluation psychiatrique puis un suivi, si nécessaire, pour ces éléments et/ou les TCA détectés. Par ailleurs, le régime alimentaire proposé aux adolescents doit être le plus souple, le moins restrictif possible et le plus adapté à leur mode de vie. L'éducation thérapeutique individuelle et familiale peut contribuer à diminuer le risque de TCA et, en cas de comorbidité, faciliter les soins. Attention : dans le cas d'une comorbidité avec les TCA, l'éducation thérapeutique classique pour le diabète ne doit pas être proposée, car elle pourrait avoir un effet renforçateur du TCA. Un programme centré sur TCA et diabète est donc recommandé. En cas de conflits familiaux importants autour du diabète, un accompagnement sous forme de thérapie familiale est à envisager (4, 7).

■ UNE PRISE EN CHARGE PLURIDISCIPLINAIRE

En cas de comorbidité TCA-diabète – après une évaluation pluridisciplinaire dont le compte rendu est transmis au patient et à sa famille – une prise charge pluridisciplinaire doit être mise en place sur le long terme et explicitée au patient et ses proches. Le dispositif mis en place doit associer un diabétologue, un diététicien, un psychiatre et parfois un psychologue, en lien étroit entre eux et avec le médecin traitant. Comme recommandé par l'HAS, il est important que l'un des intervenants soit le coordonnateur des soins entre les différents acteurs de la prise en charge. Les soins seront adaptés en intensité (ambulatoire ou hospitalisation) en fonction de la situation psychique, somatique et familiale du sujet.

■ TRAITER LE DIABÈTE ET LE TCA

Le traitement dans chaque composante doit bien sûr porter de façon concomitante sur le diabète et le TCA. La prise en charge du dia-

bète se heurte dans ces situations à un écueil important, qui est celui de la prise de poids. Les stratégies développées pour perdre du poids sont en totale contradiction avec les objectifs de traitement du diabète. Traiter le TCA permettra une meilleure régulation du diabète et, inversement, le bon équilibre du diabète permettra une meilleure qualité de vie et diminuera stress et anxiété.

■ SUR LE PLAN DIÉTÉTIQUE

La prise en charge ciblera les aliments à faible teneur calorique, à index glycémique bas et favorisant la satiété. Elle devra prendre en compte à la fois le diabète et le TCA [4, 7]. Il est important de rappeler que la restriction inadaptée favorise ensuite des épisodes d'hyperphagie.

■ SUR LE PLAN PSYCHIATRIQUE

Le traitement du TCA passe par la mise en place d'une alliance avec le patient et sa famille. Cela nécessite l'acceptation du diagnostic de TCA et du principe de la prise en charge. L'approche motivationnelle contribue à la mise en place des soins et à l'établissement d'une alliance thérapeutique avec l'adolescent. Seront associés – selon les situations et le moment du suivi – une prise en charge individuelle et familiale (sous forme d'entretien psychothérapique, de groupes de parole) ainsi que des traitements psychotropes, en cas de comorbidité. Il est important de noter que les traitements médicamenteux classiquement utilisés dans la boulimie (ISRS) n'ont, à l'heure actuelle, pas prouvé leur efficacité dans la diabulimie et ne devraient être prescrits qu'après

avis spécialisé. En outre, sur le plan psychique, les comorbidités sont très fréquentes (dépression et troubles anxieux en particulier). Elles doivent être traitées non seulement pour leurs conséquences directes, mais aussi parce qu'elles peuvent aggraver le pronostic du diabète.

■ SUR LE PLAN DU DIABÈTE

Il faut maintenir un accompagnement rapproché avec soutien attentif afin d'éviter les omissions d'insuline [13]. Les stratégies proposées doivent permettre de maintenir au mieux l'équilibre glycémique pour éviter les complications à court et long terme, en faisant des compromis qui rendent cela acceptable par le patient. L'idée est qu'il vaut mieux un compromis avec l'idéal qu'un refus en bloc du traitement du diabète qui serait plus dangereux [4, 7, 13]. La place des parents dans la surveillance de l'équilibre glycémique des patients doit être discutée en fonction des situations (autonomie de l'adolescent, conflits familiaux, équilibre le plus souhaitable). L'idéal étant d'obtenir une autonomie de l'adolescent avec un *monitoring* parental (père et mère idéalement) attentif et bienveillant [6]. Le praticien guidera le patient et ses parents dans ce sens.

■ QUID DE LA POMPE À INSULINE ?

Une question irrésolue actuellement porte sur la balance bénéfice-risque de l'instauration d'une pompe à insuline chez des patients souffrant de TCA. La plupart des équipes ont actuellement tendance à éviter ce type de prise en charge en cas de TCA comorbide (et plus généralement de troubles

mentaux). Néanmoins, les données les plus récentes suggèrent que chez des adolescentes souffrant de désordre alimentaire, la pompe pourrait améliorer le pronostic du diabète comme le comportement alimentaire [4, 7, 16]. Des études complémentaires sont donc nécessaires pour évaluer – dans une perspective bénéfice-risque – l'opportunité et les indications de cette prise en charge en cas de TCA comorbides.

■ ALCOOL ET PRISES DE RISQUE

Un point important à l'adolescence est d'évoquer les prises de risque et, en particulier, la question de la prise d'alcool – responsable d'hypoglycémie – sans la présence des parents. Les alcoolisations aiguës sont plus fréquentes chez les adolescents et les jeunes adultes, et plus encore parmi les patients ayant des troubles psychiatriques (dont les TCA). Une information sur les conséquences et la gestion de ces situations est importante. Bien entendu, il faut surveiller l'apparition de complications du diabète (rénales, cardiaques, ophtalmologiques, neuropathiques, etc.).

CONCLUSION

Le DT1 et les perturbations du comportement alimentaire sont fréquemment associés à l'adolescence. Ces perturbations du comportement alimentaire peuvent être peu importantes et temporaires, reflétant le processus d'adolescence dans le cadre d'une maladie chronique. Mais elles peuvent aussi être révélatrices de véritables TCA, qui viennent compliquer la situation et aggraver le pronostic. Les cliniciens soignant des patients diabétiques doivent avoir à l'esprit les facteurs

de risque du développement des TCA et les rechercher systématiquement chez les adolescents et jeunes adultes souffrant de diabète, afin de les détecter précocement. Les soins à mettre en œuvre dans

de telles situations doivent associer en étroite collaboration un suivi par un diabétologue, un psychiatre, un diététicien et un médecin généraliste dans le cadre d'un projet coordonné.

✱ Les auteurs déclarent ne pas voir de liens d'intérêts en relation avec cet article.

MOTS-CLÉS

Diabète, TCA, Adolescence, Diagnostic, Prise en charge



Bibliographie

1. Mannucci E, Rotella F, Ricca V et al. Eating disorders in patients with type 1 diabetes: a metaanalysis. J Endocrinol Invest 2005 ; 28 : 417-9.
2. Nicolau J, Simó R, Sanchis P et al. Eating disorders are frequent among type 2 diabetic patients and are associated with worse metabolic and psychological outcomes: results from a cross-sectional study in primary and secondary care settings. Acta Diabetol 2015 ; 52 : 1037-44.
3. Godart N, Pleplé A. Épidémiologie In : Troubles des conduites alimentaires chez l'enfant et l'adolescent. Collection Pedia. Paris : Elsevier, 2016.
4. Pinhas-Hamiel O, Hamiel U, Levy-Shraga Y. Eating disorders in adolescents with type 1 diabetes: challenges in diagnosis and treatment. World J Diabetes 2015 ; 6 : 517-26.
5. Greeno C, Wing R. Stress induced eating. Psychological Bulletin 1994 ; 115 : 444-64.
6. Jaser SS. Psychological problems in adolescents with diabetes. Adolesc Med State Art Rev 2010 ; 21 : 138-51.
7. Pinhas-Hamiel O, Hamiel U, Boyko V et al. Trajectories of HbA1c levels in children and youth with type 1 diabetes. PLoS One 2014 ; 9 : e109109.
8. Markowitz JT, Allyn CA, Phillips R et al. Disordered eating behaviors in youth with type 1 diabetes: prospective pilot assessment following initiation of insulin pump therapy. Diabetes Technol Ther 2013 ; 15 : 428-33.
9. Larranaga A, Docet MF, Garcia-Mayor RV. Disordered eating behaviors in type 1 diabetic patients. World journal of diabetes 2011 ; 2 : 189-95.
10. Pinhas-Hamiel O, Levy-Shraga Y. Eating disorders in adolescents with type 2 and type 1 diabetes. Curr Diab Rep 2013 ; 13 : 289-97.
11. Çelik S, Kayar Y, Önem Akçakaya R et al. Correlation of binge eating disorder with level of depression and glycemic control in type 2 diabetes mellitus patients. Gen Hosp Psychiatry 2015 ; 37 : 116-9.
12. Goebel-Fabbri AE. Disturbed eating behaviors and eating disorders in type 1 diabetes: clinical significance and treatment recommendations. Current diabetes reports 2009 ; 9 : 133-9.
13. Gastaldi G, Bringer J. Savoir repérer les troubles du comportement alimentaire chez les patients atteints de diabète de type 1. Médecine des Maladies Métaboliques 2012 ; 6 : 143-50.
14. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-09/fs_anorexie_1_cdp_300910.pdf
15. Zuidwijk CS, Pardy SA, Dowden JJ et al. The mSCOFF for screening disordered eating in pediatric type 1 diabetes. Diabetes Care 2014 ; 37 : e26-27.
16. Markowitz JT, Allyn CA, Phillips R et al. Disordered eating behaviors in youth with type 1 diabetes: prospective pilot assessment following initiation of insulin pump therapy. Diabetes Technol Ther 2013 ; 15 : 428-33.

RETROUVEZ ET COMMANDEZ TOUS LES NUMÉROS SUR : www.diabeteetobesite.fr



Bulletin d'abonnement

- Dédutable de vos frais professionnels dans son intégralité
- Pris en charge par le budget formation continue des salariés

À nous retourner accompagné de votre règlement à : Expressions Santé
2, rue de la Roquette – Passage du Cheval Blanc, Cour de Mai – 75011 Paris
Tél. : 01 49 29 29 29 – Fax : 01 49 29 29 19 – E-mail : diabete@expressiongroupe.fr

✓ Je m'abonne

+ Version papier (10 numéros)

+ Accès gratuit au site (5 ans d'archives)

+ Version tablette

☐ Abonnement 85 € TTC (au lieu de 120 € prix au numéro)

☐ Institutions 120 € TTC

☐ Étudiants 45 € TTC (joindre photocopie de la carte d'étudiant)

Frais de port (étranger et DOM-TOM)

☐ + 13 € par avion pour les DOM-TOM et l'UE ☐ + 23 € par avion pour l'étranger autre que l'UE



10 numéros

Version Internet
(plus de 5 ans d'archives)

Application
pour tablettes
iPad & Android

☐ Pr ☐ Dr ☐ M. ☐ Mme ☐ Mlle

Nom :

Prénom :

Adresse d'expédition :

.....

Code postal : Ville :

Tél. : Fax :

Mail :

Règlement :

☐ Chèque à l'ordre d'Expressions Santé

☐ Carte bancaire N° :

Expire le : Cryptogramme :

(bloc de 3 chiffres au dos de votre carte)

Signature obligatoire ▼