

L'ACCÈS HYPERPHAGIQUE CHEZ L'ADOLESCENT

Catherine Chamay Weber, Nadia Micali

Vignette clinique

Paul, 14 ans, vient vous voir pour un problème d'obésité, présent depuis l'âge de 8 ans. Sa mère est très inquiète car elle constate une prise pondérale rapide, malgré les efforts de la famille pour qu'il ait un environnement sain.

En effet son IMC est passé de 28 à 32 cette dernière année. Le carnet alimentaire qu'il vous amène ne montre rien de particulier, avec des repas réguliers et une alimentation plutôt équilibrée. Vous le questionnez alors sur la présence d'éventuelles compulsions alimentaires.

Paul vous raconte qu'il a effectivement des envies alimentaires irrépessibles, souvent en rentrant de l'école. Il s'arrête au supermarché, s'achète des friandises (Danette, pains au chocolat etc.), qu'il mange en cachette, rapidement et avec un sentiment de ne pas réussir à s'arrêter même s'il le souhaite. Puis il rentre chez lui soulagé mais coupable et triste. Il n'en a jamais parlé à personne.

Introduction

Les troubles du comportement alimentaires (TCA) sont fréquents dans la population générale, avec une prévalence au cours de la vie de 1 à 5%.¹⁾ Ils affectent toutes les catégories de poids, soit de l'extrême minceur à l'obésité morbide et causent de nombreuses complications tant somatiques que psychologiques (figure 1). Le ratio homme femme varie en fonction du trouble alimentaire, comme illustré dans la figure 1: *Évolution du poids et sexe ratio.* (Figure 1)

Les TCA sont principalement définis par le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM)

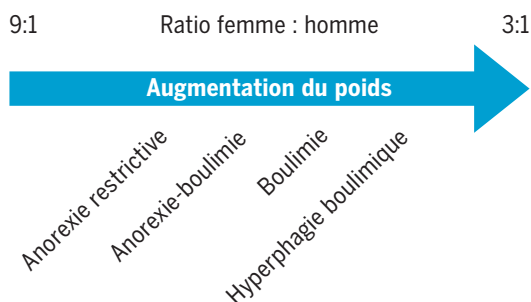


Figure 1: Evolution du poids et répartition des sexes en fonction des diagnostics

dont la dernière version, publiée en 2013, a permis de reconnaître l'hyperphagie boulimique ou l'accès hyperphagique (AH), comme un TCA à part entière.²⁾

Cet article traitera uniquement de l'AH un des troubles alimentaires les plus fréquents, particulièrement chez les adolescents en excès de poids, et compliquant la prise en charge.

Définition

Les critères diagnostics de l'AH selon le DSM-5 sont exposés dans le *tableau 1*. Il s'agit principalement d'un comportement boulimique, soit l'absorption d'une grande quantité de nourriture dans un laps de temps relativement court (<2h) avec un sentiment de perte de contrôle. Ces crises ne sont pas accompagnées de comportements compensatoires de type vomissements, activité physique excessive ou prise de laxatifs, à la grande différence de la boulimie nerveuse. (Tableau 1)

L'AH comme définie selon le DSM-5 se rencontre à tous les âges. Cependant les enfants et les adolescents ne remplissent souvent que partiellement les critères proposés³⁾. Ils présenteraient plutôt des épisodes de perte de contrôle sur l'alimentation ou un sentiment de perte de contrôle, sans tenir compte de la quantité de nourriture ingérée, souvent difficile à évaluer à cet âge⁴⁾. Afin de prendre en compte ces spécificités développementales, certains auteurs ont proposé des critères pour définir la perte de contrôle sur l'alimentation de l'enfant et du jeune adolescent, comme décrit dans le *tableau 2*⁵⁾. (Tableau 2)

La perte de contrôle sur l'alimentation de l'enfant et de l'adolescent est un facteur de risque reconnu pour le développement d'un TCA de type AH et semble présenter les mêmes comorbidités.⁶⁾

L'AH peut être difficile à différencier d'une alimentation normale à adolescence, l'hyperphagie étant souvent naturelle à cet âge. Cependant, le sentiment de perte de contrôle et la souffrance psychologique liée à ce comportement en font la grande différence.

Ainsi, un adolescent en surcharge pondérale ne présente un TCA que s'il remplit les critères de l'AH (*tableau 1*). Son obésité peut être due à une simple hyperphagie, sans perte de contrôle.



Catherine Chamay Weber



Nadia Micali

Correspondance:
catherine.chamayweber
@hcuge.ch

- A.** Épisodes récurrents d'hyperphagie incontrôlée («binge eating»). Un épisode est caractérisé par les deux éléments suivants:
- Absorption, en une période de temps limitée (par exemple, en 2 heures), d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens mangeraient dans une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances.
 - Sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant l'épisode (par exemple, sentiment de ne pas pouvoir s'arrêter de manger ou de ne pas pouvoir contrôler ce que l'on mange ou en quelle quantité).
- B.** Les épisodes de boulimie sont associés à 3 des caractéristiques suivantes (ou plus):
1. Manger beaucoup plus rapidement que la normale.
 2. Manger jusqu'à se sentir inconfortablement plein.
 3. Manger de grandes quantités de nourriture sans ressentir la faim physiquement.
 4. Manger seul parce qu'on se sent gêné par la quantité de nourriture que l'on absorbe.
 5. Se sentir dégoûté de soi-même, déprimé ou très coupable après avoir trop mangé.
- C.** Le comportement boulimique est la source d'une souffrance marquée.
- D.** Le comportement boulimique survient, en moyenne, au moins une fois par semaine depuis 3 mois.
- E.** Le comportement boulimique n'est pas associé à l'utilisation récurrente de comportements compensatoires inappropriés comme dans la boulimie mentale et ne survient pas exclusivement durant au cours d'une boulimie mentale ou d'une anorexie mentale.

Tableau 1: Définition de l'hyperphagie boulimique ou accès hyperphagiques selon le DSM-5 ²⁾

- A.** Episodes récurrent de perte de contrôle sur l'alimentation:
1. Recherche d'aliment en l'absence de faim ou après satiété.
 2. Sentiment de perte de contrôle sur l'alimentation.
- B.** Associés à trois ou plus des critères suivants:
1. Manger en réponse à un affect négatif.
 2. Secret en ce qui concerne l'épisode.
 3. Sensation d'engourdissement pendant la prise alimentaire.
 4. Manger trop, ou avoir l'impression de manger plus que les autres.
 5. Emotion négative après la prise alimentaire (honte, culpabilité).
- C.** Ces épisodes de pertes de contrôle se passent, au moins deux fois par semaine depuis trois mois.
- D.** Le fait de manger n'est pas associé à des comportements compensatoires et n'arrive pas exclusivement au cours d'une AN ou BN ou d'hyperphagie boulimique.

Tableau 2: Critères de perte de contrôle sur l'alimentation (« loss of control eating » ou «LOC eating» en anglais) selon Tanofsky-Kraff et al⁵⁾

Prévalence

La prévalence de l'AH chez les adolescents varie en fonction des études et peut atteindre jusqu'à 3% des adolescents en population générale⁷⁻⁹⁾ jusqu'à 22% chez ceux qui sont en obésité.¹⁰⁾

Comorbidités

Le risque de comorbidités somatiques est augmenté chez les adolescents en excès pondérale présentant une AH, comparé à ceux qui présentent une hyperphagie simple, avec une prévalence augmentée de syndrome métabolique et de stéatose hépatique.¹¹⁾¹²⁾

Des études en laboratoire ont pu montrer que ces adolescents ont une attirance particulière pour des

aliments appétant, soit souvent plus gras et sucrés, pouvant expliquer la prise de poids rapide et le développement plus fréquent des troubles métaboliques.¹³⁾

L'AH est également associée à une augmentation de certaines comorbidités psychologiques comme les troubles du déficit de l'attention (TDAH), la dépression, les troubles anxieux et les abus de substances.⁸⁾¹⁴⁾

Le contexte émotionnel et psychologique qui entoure les compulsions alimentaires permet d'expliquer qu'une prise en charge classique de l'obésité, soit basée sur la psychoéducation et l'activité physique, a

Formation continue

souvent peu d'effet sur la perte de poids et peut mettre l'adolescent en situation d'échec, diminuant plus encore son estime de soi.

Le dépistage

Le dépistage doit être systématique chez l'adolescent, particulièrement lorsqu'il présente un excès de poids.

Afin d'être plus performant dans le dépistage de l'AH en médecine de premier recours, nous avons développé un auto-questionnaire simple d'utilisation et basé sur les critères de perte de contrôle sur l'alimentation (*tableau 3*).⁵⁾¹⁵⁾ Il permet de mettre rapidement en évidence un risque de compulsions alimentaires. Lorsque le patient répond positivement à au moins une des 2 premières questions, puis à 6 des questions supplémentaires, le risque d'AH sous-clinique et clinique est de 83%. Ce questionnaire n'est qu'un test de dépistage qui nécessite une confirmation du diagnostic par un spécialiste en TCA. (*Tableau 3*)

En cas de dépistage positif, l'AH doit être expliqué au patient et à sa famille, afin qu'ils comprennent la difficulté de l'adolescent à perdre du poids et se déculpabilisent. Il est ensuite important d'orienter le patient chez un spécialiste pour confirmer le diagnostic et proposer une prise en charge adaptée.

La prise en charge

La prise en charge de l'AH doit être multidisciplinaire, soit inclure le pédiatre pour les complications somatiques, la diététicienne pour l'éducation nutritionnelle et le psychiatre/psychologue. Les études sur le traitement psychologique de choix à cet âge sont encore limitées, cependant certaines approches comme les thérapies cognitivo-comportementales, mais également les thérapies interpersonnelles, dialectiques et systémiques semblent avoir un effet bénéfique,¹¹⁾ et sont recommandées par les guidelines internationaux.

D'autres approches sont également à l'étude actuellement, comme le biofeedback et la Mindfulness, avec un effet qui semble prometteur.

Conclusion

En résumé, le AH est un TCA fréquent à l'adolescence, particulièrement chez les adolescents en excès pondéral. Les compulsions alimentaires et la perte de contrôle sur l'alimentation sont des comportements encore plus fréquents et peuvent être précurseur d'un trouble complet comme définit par le DSM-5. Le pédiatre doit penser à les dépister et peut s'aider d'un court questionnaire de dépistage (ADO BEDS).

Si le diagnostic de AH est confirmé, une prise en charge psychologique et un suivi multidisciplinaire doit être mise en place.

Références

- 1) Micali N, Horton NJ, Crosby RD, Swanson SA, Sonnewille KR, Solmi F, et al. Eating disorder behaviours amongst adolescents: investigating classification, persistence and prospective associations with adverse outcomes using latent class models. *European child & adolescent psychiatry*. 2017;26(2):231-40. Epub 2016/06/28.
- 2) Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition. ed2013.
- 3) Marcus MD, Kalarchian MA. Binge eating in children and adolescents. *The International journal of eating disorders*. 2003;34 Suppl:S47-57. Epub 2003/08/06.
- 4) Tanofsky-Kraff M, Goossens L, Eddy KT, Ringham R, Goldschmidt A, Yanovski SZ, et al. A multisite investigation of binge eating behaviors in children and adolescents. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2007;75(6):901-13. Epub 2007/12/19.
- 5) Tanofsky-Kraff M, Marcus MD, Yanovski SZ, Yanovski JA. Loss of control eating disorder in children age 12 years and younger: proposed research criteria. *Eating behaviors*. 2008;9(3):360-5. Epub 2008/06/14.
- 6) Stice E, Marti CN, Rohde P. Prevalence, incidence, impairment, and course of the proposed DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8-year prospective community study of young women. *Journal of abnormal psychology*. 2013;122(2):445-57. Epub 2012/11/15.

1. T'arrive-t-il parfois d'avoir une envie irrésistible de manger alors que tu n'as pas faim ou que tu viens de manger? oui/non
2. Dans cette situation-là, t'arrive-t-il de commencer à manger et de ne pas pouvoir t'arrêter? oui/non
3. Dans ces moments où tu n'arrives plus à t'arrêter de manger et où tu manges sans faim (avoir au moins 3 critères) oui/non
 - As-tu besoin d'être seul, de t'isoler pour manger?
 - As-tu l'impression d'être ailleurs, inconscient(e), comme si tu mangeais en tant dans la lune?
 - Manges-tu parce que tu te sens mal, triste, en colère ou que tu t'ennuies?
 - As-tu des regrets, te sens-tu honteux (euse) après avoir mangé?
4. Combien de fois as-tu ces moments où tu n'arrives plus à t'arrêter de manger et où tu manges sans faim? (>2 fois par semaine)
5. Depuis combien de temps as-tu ces moments-là? (>3 mois)
6. Après des moments-là, t'arrive-t-il de faire quelque chose pour éliminer ce que tu viens de manger? oui/non

Tableau 3: Questionnaire de dépistage de la perte de contrôle sur l'alimentation: ADO BEDS questionnaire¹⁵⁾

- 7) Smink FR, van Hoeken D, Oldehinkel AJ, Hoek HW. Prevalence and severity of DSM-5 eating disorders in a community cohort of adolescents. *The International journal of eating disorders*. 2014;47(6):610-9. Epub 2014/06/07.
- 8) Micali N, Solmi F, Horton NJ, Crosby RD, Eddy KT, Calzo JP, et al. Adolescent Eating Disorders Predict Psychiatric, High-Risk Behaviors and Weight Outcomes in Young Adulthood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2015;54(8):652-9 e1. Epub 2015/07/27.
- 9) Glazer KB, Sonnevile KR, Micali N, Swanson SA, Crosby R, Horton NJ, et al. The Course of Eating Disorders Involving Bingeing and Purging Among Adolescent Girls: Prevalence, Stability, and Transitions. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*. 2019;64(2):165-71. Epub 2018/12/05.
- 10) He J, Cai Z, Fan X. Prevalence of binge and loss of control eating among children and adolescents with overweight and obesity: An exploratory meta-analysis. *The International journal of eating disorders*. 2017;50(2):91-103. Epub 2017/01/01.
- 11) Byrne ME, LeMay-Russell S, Tanofsky-Kraff M. Loss-of-Control Eating and Obesity Among Children and Adolescents. *Current obesity reports*. 2019;8(1):33-42. Epub 2019/02/01.
- 12) Radin RM, Tanofsky-Kraff M, Shomaker LB, Kelly NR, Pickworth CK, Shank LM, et al. Metabolic characteristics of youth with loss of control eating. *Eating behaviors*. 2015;19:86-9. Epub 2015/07/27.
- 13) Tanofsky-Kraff M, McDuffie JR, Yanovski SZ, Kozlosky M, Schvey NA, Shomaker LB, et al. Laboratory assessment of the food intake of children and adolescents with loss of control eating. *The American journal of clinical nutrition*. 2009;89(3):738-45. Epub 2009/01/16.
- 14) Tanofsky-Kraff M, Yanovski SZ, Wilfley DE, Marmarosh C, Morgan CM, Yanovski JA. Eating-disordered behaviors, body fat, and psychopathology in overweight and normal-weight children. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2004;72(1):53-61. Epub 2004/02/06.
- 15) Chamay-Weber C, Combescure C, Lanza L, Carrard I, Haller DM. Screening Obese Adolescents for Binge Eating Disorder in Primary Care: The Adolescent Binge Eating Scale. *The Journal of pediatrics*. 2017;185:68-72 e1. Epub 2017/03/14.

Auteurs

Dr med. Catherine Chamay Weber, Unité Santé Jeunes, consultation Santé et Mouvement et consultation Alinéa, Département Mère Enfants Adolescents, Hôpitaux universitaires de Genève
 Prof. Dr med. Nadia Micali, Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et de la Consultation Alimentation et Nutrition chez l'Enfant et L'Adolescent (AliNEA), Hôpitaux universitaires de Genève et Faculté de Médecine de l'Université de Genève

Les auteurs n'ont déclaré aucun lien financier ou personnel en rapport avec cet article.