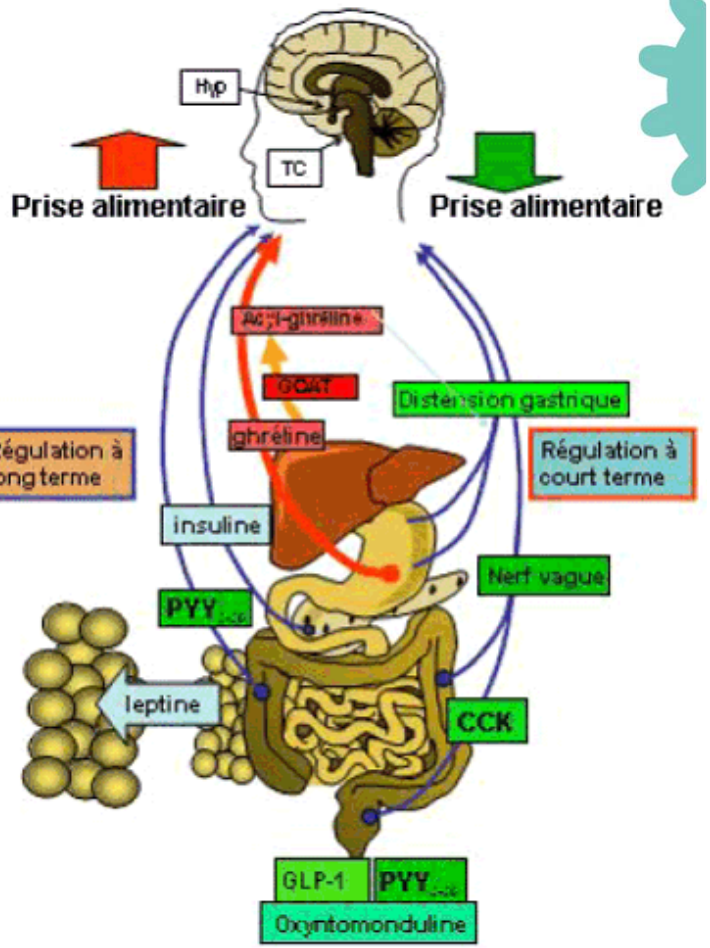
Première rencontres Haut-normandes
L'Obésité, tous concernés!

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

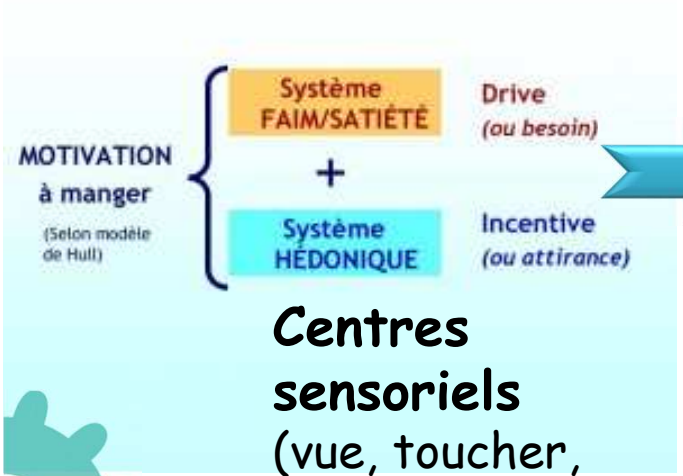
Dr Vanessa Folope
Unité de Nutrition
CHU de Rouen

Porté par
le CHU-Hôpitaux de Rouen

Signaux physiologiques



Environnement



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

Prise alimentaire

Emotions
Pensées

Obésité: maladie liée à la pression sociale

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 »

Porté par
le CHU-Hôpitaux de Rouen

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.

Porté par
le CHU-Hôpitaux de Rouen

Quels types de TCA rencontre-t-on dans l'obésité?

Porté par
le CHU-Hôpitaux de Rouen

Les TCA prandiaux

Porté par
le CHU-Hôpitaux de Rouen

Tachyphagie

Manger trop vite lors d'un repas

Porté par
le CHU-Hôpitaux de Rouen

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

Porté par
le CHU-Hôpitaux de Rouen

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

HAUTE-NORMANDIE
CENTRE SPÉCIALISÉ DE L'OBÉSITÉ

Porté par
le CHU-Hôpitaux de Rouen

Les TCA extra-prandiaux

Compulsions alimentaires

temps assez court, d'une

aliments

3 à 4 fois plus fréquentes dans la population obèse que dans la population générale

Compulsions sucrées
« carbohydrate cravings »
= toxicomanie:
augmentation des taux de sérotonine cérébrale.

Wurtman, Appetite, 1986

Causes:
Restriction alimentaire volontaire
Restriction cognitive
Emotions négatives

Hyperphagie boulimique

(= BED binge eating disorder)

Episodes de crises d

boul

d

4 niveaux de gravité:

Léger : 1-3 épisodes d'hyperphagie / semaine.

Moyen : 4-7 épisodes d'hyperphagie / semaine.

Sévère : 8-13 épisodes d'hyperphagie / semaine.

Extrême : 14 épisodes ou + d'hyperphagie /sem

au moins 1 s par semaine pendant 3 mois

Porté par
le CHU-Hôpitaux de Rouen

Grignota

Consom
de pe
facilen
long (s
sans sensati

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

Réponse à une stimulation externe sensorielle (vue, odorat)

CSO HAUTE-NORMANDIE CENTRE SPÉCIALISÉ DE L'OBÉSITÉ
Porté par le CHU-Hôpitaux de Rouen

Hyperphagie nocturne: « Night eating syndrome »

Prise alimentaire et grignotages nocturnes

Anorexie matinale
Hyperphagie du soir: ≥ 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 TCA en cas d'obésité?

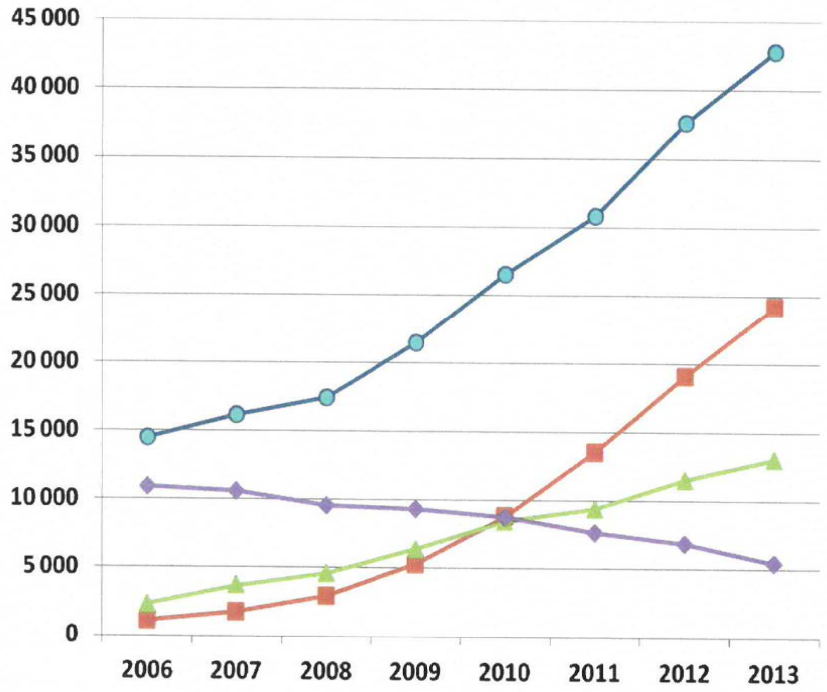
Prévalence dans l'obésité	Etudes nationales et internationales
Hyperphagie	40% à 56%
Grignotage pathologique	26% (Colles, Obesity, 2008)
Compulsions et/ou Hyperphagie boulimique	5-8% obèses dans population générale 20-30% obèses qui consultent (Marcus, A comprehensive handbook, 1995)
Hyperphagie nocturne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

Porté par
le CHU-Hôpitaux de Rouen

TCA et chirurgie bariatrique?

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



Sleeve / Gvc	56% (n=24 190)
By-pass / mini By-pass	31% (n=13 086)
Anneau gastrique ajustable	13% (n= 5 447)
Ensemble	(N= 42 815 actes dont 92 dérivation bp.)

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

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

TCA rencontrés **après** la 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 chirurgie

Etude interventionnelle: TCC en pré-op chez 128 femmes. Meilleur résultat pondéral chez patientes qui ont « bien répondu au programme » avec moins de compulsions et de culpabilité, à 6 et 12 mois post-op. (Ashton, Surg Obes Relat Dis, 2011)

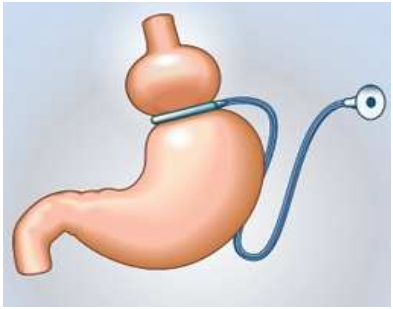
	motions: chirurgie ry, 2007) compulsion
	rg, 2004; Mathus- des res gnotages/compulsions sucrées
	de reprise pondérale
Hyperph cturne	Stable

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 pré-opératoires deviennent grignoteurs.

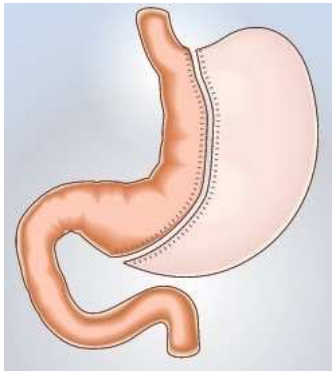
(Colles, Obesity, 2008)

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%



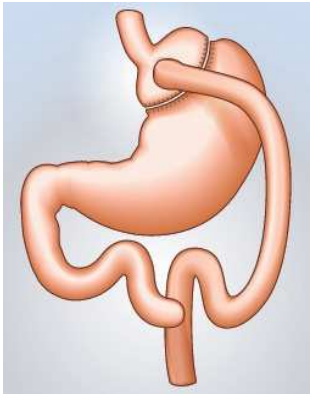
Sleeve gastrectomy

(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)

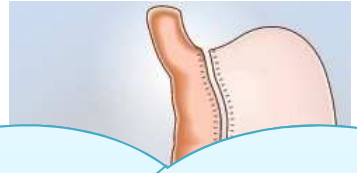


87% ont rapporté une reprise pondérale en rapport avec:

- Fréquence des compulsions
- Perte de contrôle pendant les repas
- Grignotage

(Kofman, Obesity (Silver Spring), 2010)

Chirurgies de réduction gastrique



Temps de repas nécessairement long
Structure du repas éclatée
Diversité alimentaire parfois réduite
Crainte par rapport à certains
s, vomissements)

tive

Compulsion alimentaire liquide ou semi-liquide sévère
(sodas, crèmes glacées, yaourts liquides)

Dumping syndrome
Hypoglycémies fonctionnelles tardives avec malaises post-prandiaux.

TCA induits par la chirurgie bariatrique

Compulsions alimentaires:
Isolées ou Hyperphagie boulimique
(6 à 69%)
(Adami, Int J Eat Disord, 1995; Allison, Obesity, 2006))
Compulsions nocturnes (1.9 à 42%)
Adami, Int J, Eat, Disord, 99 Gluck, Obes Res, 2001)

Grignotage pathologique
(19.5 à 59.8%)
(Colles, Obesity, 2008; Burgmer, Obes Surg, 2005))

Amaigrissement modéré
Reprise pondérale rapide

Manœuvres de purge postprandiales précoces pour limiter l'inconfort gastrique
(23 à 75%)
Blocages alimentaires
Hyperphagie
Tachyphagie
Mastication insuffisante
(De Zwaan, Surg Obes Relat Dis, 2010; Pessina, Obes Surg, 2001)

Vomissements provoqués pour contrôler le poids et/ou la silhouette (11.9%)
(De Zwaan, Surg Obes Relat Dis, 2010)

Porté par
le CHU-Hôpitaux de Rouen

TCA apparaissant après la chirurgie

Anorexie mentale

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

(Shear, Obes Res Clin Pract, 2015)

TCA atypiques (EDNOS)

Peur de reprendre du poids
Insatisfaction corporelle

Boulimie

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

(Marino, Int J Eat Disord, 2012)

TCA apparaissant après la chirurgie

Série de 12 cas ayant développé un TCA après chirurgie bariatrique

(Conceiçao, Int J Eat Disord, 2013)

Femmes de 23 à 69 ans
IMC pré-op de 40.4 à 79.4 kg.m^{-2}
IMC post-op 13 à 38.6 kg.m^{-2}

poids (n=10)

2 AG / 1 duodenal

Apports < 40

Vomissements p
Hyperactivité physique
Abus de laxatifs (n=1)/ diurétiques (n=2)
Utilisation de pilule amaigrissante (n=1)

=3),
n=2)
N
strictive et de BED (n=1)
BN (n=2)

Les patientes ont rapporté que mastiquer, régurgiter ou cracher était des alternatives aux compulsions et les aidait à restreindre leurs apports alimentaires.

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

Porté par
le CHU-Hôpitaux de Rouen

Comment dépister les TCA chez les patients obèses en pratique?

Porté par
le CHU-Hôpitaux de Rouen

Prévalence élevée des TCA chez les personnes obèses

Mais

Difficultés de repérage
Minimisation de la gravité
Minimisation de la fréquence

Porté par
le CHU-Hôpitaux de Rouen

Quand les personnes obèses consultent en Nutrition, Endocrinologie, Diététique ou Chirurgie: MOT[illegible]ON

Indispensable d'évaluer le comportement alimentaire de toute personne obèse venant consulter pour perdre du poids

Presque J[illegible] formé à la prise en charge de ce trouble

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

Le comportement alimentaire est

COMPLEXE ET MULTIFACTORIEL

DIFFICILE A EVALUER

Porté par
le CHU-Hôpitaux de Rouen

DEPISTAGE DES TCA
dans l'obésité par des questionnaires

RESTRICTION COGNITIVE & COMPULSIONS

Un score élevé au TFEQ des facteurs de désinhibition et de faim (mais pas du facteur de restriction) prédit la sévérité des compulsions alimentaires…et donc un IMC élevé

-**TFEQ (Three-**
Questionnai
Crée par Stunk
Delauson & al (20

Auto-questionn
qui permet d'étu

- Faim
- Restriction
- Désinhibition

ntre
crise de
ion comportementale

(Int J Eat Disord 1986; 5(2): 295-315)

Porté par
le CHU-Hôpitaux de Rouen

DEPISTAGE DES TCA
dans l'obésité par des questionnaires

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)

DEPISTAGE DES TCA
dans l'obésité par des questionnaires

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.

DEPISTAGE DES TCA
dans l'obésité par des questionnaires

ALIMENTATION EMOTIONNELLE

- **DEBQ (Dutch Eating Behaviour questionnaire)** crée 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)

Porté par
le CHU-Hôpitaux de Rouen

DEPISTAGE DES TCA
dans l'obésité par des questionnaires

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:

Le questionnaire ne peut en aucun cas se suffire à lui-même. L'ENTRETIEN CLINIQUE AVEC DES QUESTIONS OUVERTES:
BASE INDISPENSABLE

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

Porté par
le CHU-Hôpitaux de Rouen

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

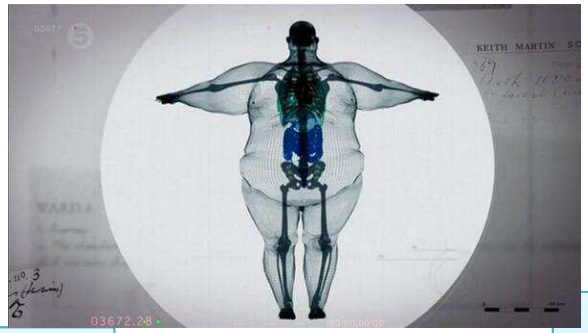
Interroger le patient avant de le mettre au régime hypocalorique ou de l'opérer de chirurgie bariatrique sur son comportement alimentaire et ses ATCD de TCA+++

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

Déculpabiliser

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

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)

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

Porté par
le CHU-Hôpitaux de Rouen

Merci pour votre attention