

ECHO[®] CHUM

Troubles concomitants- ADULTE

Programme de télémentorat accrédité
par le DPC de l'Université de Montréal

Sujet de la capsule :

Troubles des conduites alimentaires – un survol

Date de la séance : 4 et 11 février 2025

Dre Julia Dornik, psychiatre

Dre Annie Trépanier, psychiatre

CECTC Centre d'expertise
et de collaboration
en troubles concomitants



Déclaration de conflits d'intérêts réels ou potentiels

Nom du conférencier : Dres Julia Dornik et Annie Trépanier

Je n'ai aucun conflit d'intérêt réel ou potentiel en lien ou non avec le contenu de cette présentation.

Je déclare les intérêts suivants (Subvention, honoraires, conférenciers, actionnariat majoritaire, affiliation ou des intérêts financiers ou de tout ordre avec une société à but lucratif autres...) :



Atténuation des biais

Nom du conférencier : Dres Julia Dornik et Annie Trépanier

Sans objet

Stratégies utilisées:

Objectifs de la capsule de formation

- 1 Identifier les signes et symptômes des deux principaux troubles des conduites alimentaires.
- 2 Faire le survol de certains éléments à évaluer ou prendre en considération dans un contexte de trouble des conduites alimentaires.
- 3 Connaître les fondements du traitement de l'anorexie et de la boulimie.
- 4 Parcourir l'intégration des traitements des troubles des conduites alimentaires à ceux des troubles liés à l'usage

Mini-quiz

Parmi les choix suivants, quel est le traitement idéal pour un patient souffrant d'anorexie nerveuse

- a) Une médication antipsychotique à faible dose, comme de l'olanzapine pour aide à la reprise de poids
- b) De la TCC après que le poids soit de retour à la normale
- c) De la psychothérapie axée sur le trouble des conduites alimentaire
- d) Une admission à l'hôpital

Mini-quiz

Parmi les choix suivants, lequel des symptômes suivants ne fait pas partie de la boulimie:

- a) Sentiment de perte de contrôle
- b) Présence de comportements compensatoires inappropriés et récurrents pour prévenir la prise de poids
- c) Absorption d'une grande quantité de nourriture en une période de temps restreint
- d) Présence d'un IMC entre 16 et 18

Troubles des conduites alimentaires

Troubles de santé mentale présentant altération des attitudes face à son corps, son poids et la nourriture.

- Phobie de prendre du poids

Source: AMPQ

- Distorsions cognitives et comportements inadaptés/inappropriés

Troubles complexes – enjeux sous-jacents

Trouble des conduites alimentaires

Prévalence

	Prévalence annuelle (NESARC-III)	Prévalence à vie (NESARC-III)
Anorexie	0.05%	0.8%
Boulimie	0.14%	0.28%

Source: *Udo & Grilo (2018)*.

Source : American Psychiatric Association. (2023).

♀ vs ♂

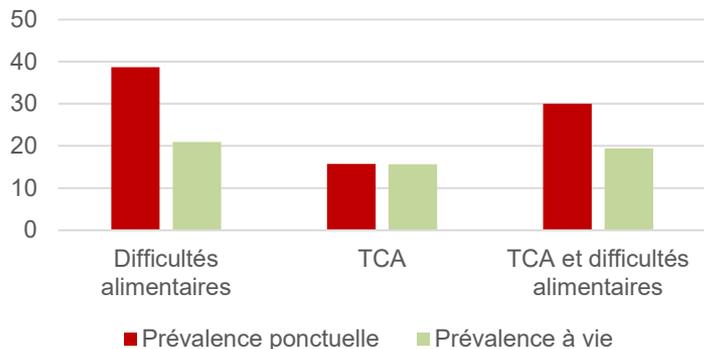
- Plus à risque de développer dans les 12 mois ou à vie AN ou BN
- BN avec prévalence à vie similaire entre caucasiens non hispaniques, hispaniques caucasiens et afro-américains non hispaniques.
- AN prévalence plus élevée chez les caucasiens non hispaniques

Population

- Individus LGBTQ+ plus à risque que individus cisgenre hétérosexuels
 - AN avec RR de 1.93
 - BN avec RR de 3.69

TCA - TLU

Résultats de méta-analyse - TCA
chez les femmes recevant un
traitement pour un TLU - données
en %



Source: Robinson, L. D., Walter, E. E., Deane, F. P., & Laranca, B. K. (2022). Comorbid eating disorders among women receiving treatment for substance use disorders: a systematic review and meta-analysis. *Addiction Research & Theory*, 31(2), 114–126.

Résultats de méta-analyse – TCA et TLU

Table 1

Lifetime and current (12-month) prevalence of co-morbid DSM-IV substance use disorders (%) with DSM-IV eating disorders.

	Lifetime (samples)	Lifetime Prevalence (mean, SD)	Current (samples)	Current Prevalence (mean, SD)
Any SUD	29	25.4% (± 16.1%)	7	12.9% (± 17.1%)
Alcohol	72	20.6% (± 16.0%)	16	7.2% (± 9.1%)
Any Drug	34	19.8% (± 19.6%)	6	9.8% (± 11.1%)
Amphetamine	18	6.3% (± 9.6%)	2	0% (± 0%)
Cocaine	21	13.7% (± 23.4%)	5	28.5% (± 28.8%)
Any Stimulant	9	8.2% (± 3.9%)	4	1.6% (± 1.5%)
Other	15	10.8% (± 14.5%)	1	0% (± 0%)
Tobacco	14	36.1% (± 23.1%)	7	15.3% (± 9.1%)
Cannabis	31	14.5% (± 16.0%)	9	20.9% (± 12.0%)
Polysubstance	14	8.6% (± 7.9%)	6	2.2% (± 1.5%)
Hallucinogens	17	4.7% (± 5.9%)	2	0% (± 0%)
SHA	23	6.6% (± 6.4%)	7	2.8% (± 1.1%)
Inhalant	10	0.4% (± 0.9%)	2	0% (± 0%)
Opioid	20	6.2% (± 6.4%)	7	11.0% (± 7.8%)
Caffeine	8	23.8% (± 12.5%)	0	0% (± 0%)

Abbreviations: SD – standard deviation; SUD – substance use disorder; SHA – sedative/hypnotic/anxiolytic

Source: Bahji A, Mazhar MN, Hudson CC, Nadkarni P, MacNeil BA, Hawken E. Prevalence of substance use disorder comorbidity among individuals with eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res*. 2019 Mar;273:58-66.

TCA - TLU

- Les comorbidités avec les troubles liés à l'usage sont plus élevés chez les patients ayant des accès hyperphagiques/purges (boulimie > anorexie hyperphagique/purgative).
- Corrélation entre le risque de comorbidités avec un TLU et un âge plus jeune du début des accès hyperphagiques.
- Augmentation des risques de morbidité/mortalité et issues indésirables lorsqu'il y a TLU et TCA.

Source: Hambleton A, Pepin G, Le A, Maloney D; National Eating Disorder Research Consortium; Touyz S, Maguire S. Psychiatric and medical comorbidities of eating disorders: findings from a rapid review of the literature. J Eat Disord. 2022 Sep 5;10(1):132.

Troubles des conduites alimentaires

- Peut se développer à tous les âges
 - Groupe le plus à risque jeunes ♀ et ♂ entre 13 et 17 ans.

Source: National Institute for Health and Care Excellence. (2017).

- Les troubles alimentaires associés à une augmentation de la mortalité toutes causes confondues, incluant par suicide.
- Morbidité et mortalité accrue par comorbidités médicales et psychiatriques
 - Dont les troubles liés à l'usage

Source: American Psychiatric Association. (2023).

Cas clinique 1

Une femme dans le début de la vingtaine est en traitement pour sa consommation d'alcool. Lors de son traitement, vous remarquez qu'elle perd du poids rapidement et est maintenant en sous-poids. Elle exprime que lorsqu'elle arrête de boire, elle utilise l'exercice et la restriction alimentaire pour contrôler son anxiété. Elle mange présentement 2 collations (350 calories) par jour et court 10 km par jour.

Votre impression ?

Anorexie mentale (*Anorexia Nervosa*)

- Restriction des apports énergétiques par rapport aux besoins, conduisant à un poids significativement bas
- Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, ou comportements interférant avec la prise de poids
- Altération de la perception du poids ou de la forme de son corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou manque de reconnaissance persistant de la gravité de la maigreur actuelle

Source: American Psychiatric Association. (2013). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

Anorexie mentale (*Anorexia Nervosa*)

- Type restrictif:
 - Pendant les 3 derniers mois, aucun accès hyperphagique
 - Pendant les 3 derniers mois, aucune purge
- Type accès hyperphagique/purgatif:
 - Pendant les 3 derniers mois, accès hyperphagique récurrents et/ou comportements purgatifs

Source: American Psychiatric Association. (2013). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

Anorexie mentale (*Anorexia Nervosa*)

Sévérité

- Léger: IMC ≥ 17
- Moyen: IMC 16-16.99
- Sévère: IMC 15-15.99
- Extrême: IMC < 15

Source: American Psychiatric Association. (2013). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

Cas clinique 2

Une femme dans la trentaine a été vue dans votre service pour des difficultés liées à l'impulsivité, des comportements d'auto-mutilation et la consommation de stimulants. Lors de l'entrevue, elle reconnaît utiliser les stimulants dans le but de contrôler son poids. Elle exprime le désir de maigrir et, surtout, la crainte de prendre du poids. Son alimentation est irrégulière, alternant entre des périodes de restriction quasi totale pendant une journée et des épisodes d'hyperphagie (binge eating) où elle peut manger des quantités dont elle a honte de partager avec vous. Elle est mince mais son poids semble normal.

Votre impression ?

Boulimie (*Bulimia Nervosa*)

1. Épisodes récurrents d'accès hyperphagique (*binge-eating*), caractérisés par :
 - L'ingestion, en une période limitée d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens consommeraient.
 - Un sentiment de perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant ces épisodes.
2. Comportements compensatoires inappropriés et récurrents visant à prévenir la prise de poids
 - Vomissements, laxatifs, exercice physique excessif, jeûne, diurétiques, autres médicaments ou drogues, etc.
3. Les accès hyperphagiques et les comportements compensatoires inappropriés surviennent, en moyenne, au moins une fois par semaine pendant trois mois.
4. L'estime de soi est influencée de manière excessive par le poids et la forme corporelle.
5. Le trouble ne survient pas exclusivement pendant des épisodes d'anorexie mentale.

Source: American Psychiatric Association. (2013).
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

Boulimie (*Bulimia Nervosa*)

Sévérité selon la fréquence des comportements inappropriés et peut être majoré selon les autres Sx/degré d'incapacité fonctionnelle:

- Léger : Moyenne de 1 à 3 épisodes par semaine.
- Modéré : Moyenne de 4 à 7 épisodes par semaine.
- Sévère : Moyenne de 8 à 13 épisodes par semaine.
- Extrême : Moyenne de 14 épisodes ou plus par semaine.

Source: American Psychiatric Association. (2013).
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

Autres troubles de conduites alimentaires

- Accès hyperphagiques (*binge-eating disorder*)
- Restriction ou évitement de l'ingestion d'aliments (*ARFID*)
- Troubles des conduites alimentaires non-spécifiés

TCA - Traitement

	Anorexie nerveuse	Boulimie
Plan de Traitement	Plan de traitement adapté culturellement et centré sur la personne, intégrant une expertise médicale, psychiatrique, psychologique et nutritionnelle.	
Réhabilitation nutritionnelle	X	X
Restauration du poids	X	
Psychothérapie	X	X
Médication	X	X

Source: American Psychiatric Association. (2023).

TCA - Traitement

Traitement AN

- Psychothérapie
 - Psychothérapie centrée sur les troubles alimentaires
 - TCC, TCC-E et autres psychothérapies
- Médication
 - Évidences limitées en restauration pondérale
 - Antipsychotiques à faible dose peuvent être considérés comme un outil
 - Antidépresseurs ISRS peuvent être considérés en concomitance avec épisode dépressif, anxiété, TOC.
 - Précautions (ex: QTc, convulsions) et contre-indications (ex: bupropion, psychostimulant)

Source: American Psychiatric Association. (2023).

TCA - Traitement

Traitement BN

- Psychothérapie
 - Psychothérapie centrée sur les troubles alimentaires
 - TCC (individuelle, en groupe), autres psychothérapies
- Médication
 - Antidépresseurs ISRS: fluoxétine privilégiée
 - Autres ISRS, évidences plus limitées
 - Contre-indications (ex: bupropion, psychostimulant)

Source: American Psychiatric Association. (2023).

Traitement – TCA et TLU

Identification des troubles psychiatriques concomitants

- Issues moins favorables / mortalité plus importante
- Soins pour les deux troubles
- Troubles liés à l'usage de substance - comorbidités fréquentes
 - Hx complète de la consommation, mésusage prescriptions et Rx en vente libre – effets recherchés + lien avec TCA

Source: American Psychiatric Association. (2023).

- Mésusage de substances/TLUs - offrir un traitement pour le TCA sauf si l'usage de substance interfère avec le traitement.
- Si la consommation interfère avec le traitement - envisagez une approche multidisciplinaire en collaboration avec les services spécialisés en dépendances.

Source: National Institute for Health and Care Excellence. (2017).

Traitement – TCA et TLU

Traitement du trouble concomitant – troubles des conduites alimentaires (anorexie nerveuse et boulimie) et troubles d'usage

- Rareté des études sur les traitements
- Approche simultanée multidisciplinaire
- Stabilisation médicale / hospitalisation:
 - Aspects médicaux et psychiatriques
- Facteurs communs aux interventions
 - Évidences plus spécifiques pour la thérapie comportementale dialectique (pour ce trouble concomitant)
 - Pleine conscience

Source: Gregorowski, C., Seedat, S., & Jordaan, G. P. (2013).

Traitement – TCA et TLU

Traitement du trouble concomitant – troubles des conduites alimentaires (anorexie nerveuse et boulimie) et troubles d'usage

- Interventions:
 - Journal des symptômes
 - Psychoéducation
 - Travailler la motivation
 - Analyse de la fonction des comportements
 - Développer d'autres stratégies/habilités
 - Gestion des émotions
 - Plan de sécurité
 - Réduction des méfaits

Source: Claudat, K., Simpson, C.C., Bohrer, B.K., Bongiorno, G.M. (2023). The Connection Between Eating Disorders and Substance Use Disorders. In: Patel, V.B., Preedy, V.R. (eds) Eating Disorders. Springer, Cham.

Traitement – TCA et TLU

Traitement du trouble concomitant – troubles des conduites alimentaires (anorexie nerveuse et boulimie) et troubles liés à l'usage

- Traitement pharmacologique
 - Rares données dans la littérature
 - Mention brève dans certaines études (ex: TAO)
- Particularités avec les comorbidités médicales, psychiatriques, présentation clinique et niveau de soins nécessaire (externe, réadaptation interne, hospitalisation/stabilisation).
 - Selon bilans physiques
 - Trouble(s) lié(s) à l'usage
 - Tx du sevrage à moduler selon anomalies, idem pour le Tx de la prévention de la rechute
 - Ex: Tx TLU ROH ou Tx TLU opioïdes

Messages clés

- **Une histoire des TCAs, TLUs et comorbidités est importante lors de l'évaluation initiale pour offrir un traitement optimal aux patients.**
- **Un traitement intégré est l'idéal dans l'approche thérapeutique des patients souffrant de TCAs et TLUs, incluant des outils de TCD, TCC et pleine conscience.**
- **La pharmacologie est un outil complémentaire à la psychothérapie pour les TCAs.**
 - **Le traitement des TLUs doivent prendre en compte les lignes directrices présentes et les particularités des TCAs.**
- **Une approche multidisciplinaire est primée.**

Références

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- American Psychiatric Association. (2023). *The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients With Eating Disorders* (4e éd.). American Psychiatric Publishing.
- Association des médecins psychiatres du Québec. (s.d.). *Troubles alimentaires*. AMPQ. Repéré à l'adresse <https://ampq.org/info-maladie/anorexie-et-boulimie/>
- Bahji A, Mazhar MN, Hudson CC, Nadkarni P, MacNeil BA, Hawken E. Prevalence of substance use disorder comorbidity among individuals with eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res.* 2019 Mar;273:58-66.
- Claudat, K., Simpson, C.C., Bohrer, B.K., Bongiorno, G.M. (2023). The Connection Between Eating Disorders and Substance Use Disorders. In: Patel, V.B., Preedy, V.R. (eds) *Eating Disorders*. Springer, Cham.
- Gregorowski, C., Seedat, S., & Jordaan, G. P. (2013). A clinical approach to the assessment and management of co-morbid eating disorders and substance use disorders. *BMC psychiatry*, 13, 289. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-289>
- Hambleton A, Pepin G, Le A, Maloney D; National Eating Disorder Research Consortium; Touyz S, Maguire S. Psychiatric and medical comorbidities of eating disorders: findings from a rapid review of the literature. *J Eat Disord.* 2022 Sep 5;10(1):132.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2017). *Eating disorders: recognition and treatment* (NICE Guideline No. 69). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69>
- Robinson, L. D., Walter, E. E., Deane, F. P., & Larance, B. K. (2022). Comorbid eating disorders among women receiving treatment for substance use disorders: a systematic review and meta-analysis. *Addiction Research & Theory*, 31(2), 114–126.
- Udo, T., & Grilo, C. M. (2018). *Prevalence and Correlates of DSM-5-Defined Eating Disorders in a Nationally Representative Sample of U.S. Adults*. *Biological Psychiatry*, 84(5), 345-354.

QUESTIONS? COMMENTAIRES?

CECTC Centre d'expertise
et de collaboration
en troubles concomitants



MERCI!

Pour information

Contactez

echo.tc.cectc.chum@ssss.gouv.qc.ca

Contactez Nom du conférencier
@

Visitez notre site :

<https://ruiss.s.umontreal.ca/cectc/services/echo-troubles-concomitants/>

Ce programme bénéficie d'une subvention à visée éducative du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

