PROTOCOLES

Troubles de l'alimentation à apparition précoce

Investigatrices principales

Leora Pinhas, MD, FRCPC, directrice psychiatrique, programme des troubles de l'alimentation*

Debra K. Katzman, MD, FRCPC, division de la médecine de l'adolescence, département de pédiatrie*

Anne Morris, MB, BS, MPH, FRACP, division de la médecine de l'adolescence, département de pédiatrie*

* The Hospital for Sick Children, 555 av. University, Toronto ON M5G 1X8; tél. : (416) 813-7195; téléc. : (416) 813-7867; courriel : leora.pinhas@sickkids.ca

Historique

Incidence et prévalence

D'après la version IV du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV), le terme « trouble de l'alimentation » inclut l'anorexie mentale, la boulimie et les troubles de l'alimentation non autrement précisés (les patients respectant certains critères diagnostiques d'anorexie mentale ou de boulimie, mais pas tous). Bien que la question des critères les plus pertinents pour diagnostiquer les troubles de l'alimentation suscite une grande controverse, les études épidémiologiques laissent supposer que la prévalence d'anorexie mentale (selon les critères du DSM-IV) augmente chez les adolescents depuis 50 ans, et ces études attestent qu'elle est devenue la troisième maladie chronique en importance chez les adolescentes. En fait, l'âge d'apparition de l'anorexie mentale a peut-être encore diminué, même si très peu de données d'incidence soient disponibles à l'égard d'enfants plus jeunes (moins de 13 ans) ayant des troubles de l'alimentation et que les quelques évaluations disponibles varient de manière considérable. Une étude d'incidence rétrospective et stratifiée menée auprès de patients dont l'âge maximal était de 18 ans a révélé une incidence d'anorexie mentale de 25,7 cas pour 100 000 filles de 10 à 14 ans et de 3,7 cas pour 100 000 garçons du même groupe d'âge. Par contre, une autre étude, faisant appel aux critères diagnostiques du DSM-IV mais comportant des critères de poids plus stricts, a établi une incidence de 9,2 cas pour 100 000 filles de 10 à 14 ans.

Pour l'instant, il n'existe aucune étude stratifiée visant expressément à déterminer l'incidence de troubles de l'alimentation associés à une perte de poids chez les jeunes enfants (de moins de 13 ans). Cependant, les enquêtes sur les régimes et l'insatisfaction corporelle laissent supposer l'existence d'un problème au sein de ce groupe d'âge. Selon l'étude, de 20 % à 42 % des fillettes de 9 ans tentaient de perdre du poids, et 55 % des fillettes de 8 à 10 ans étaient insatisfaites de leur taille. Plus encore, jusqu'à 21 % des fillettes de 5 ans s'inquiétaient de leur poids. De plus, il est possible que les études existantes sous-estiment la véritable incidence chez les enfants plus jeunes en raison des difficultés reliées à l'application des critères diagnostiques actuels aux enfants.

Même si la cause exacte de l'anorexie mentale demeure inconnue, le modèle biopsychosocial de l'étiopathogénie est largement accepté. De nombreux chercheurs émettent l'hypothèse selon laquelle les médias pourraient jouer un rôle capital dans la création et l'intensification du phénomène de l'insatisfaction corporelle, et qu'ils seraient même associés au développement de comportements précis de perte de poids chez les enfants et les adolescents.

Les conséquences médicales et psychologiques de l'inanition, d'une perte de poids importante, d'une absence de prise de poids pendant une période de croissance et le recours à des méthodes dangereuses de contrôle du poids sont bien documentés. Les complications aiguës incluent les perturbations électrolytiques, les déséquilibres acido-basiques et liquidiens, l'arythmie cardiaque, l'hypotension et l'hypothermie. La restriction délibérée de l'apport alimentaire pendant de longues périodes peut rapidement entraîner des complications de la maladie et risque d'avoir des effets irréversibles. Ces complications incluent l'interruption de croissance, le retard du développement sexuel et de la puberté, l'aménorrhée, le retard de la ménarche.

Des taux élevés de maladies psychiatriques comorbides sont présentés dans des études sur les adolescents et les adultes. Par exemple, un diagnostic à vie de trouble anxieux était déclaré chez 56,4 % des patients atteints d'une anorexie mentale faisant son apparition à l'adolescence (âge moyen de 16,2 ans au diagnostic) et des troubles dépressifs et dysthymiques importants s'observaient chez 66 % des patientes dont l'âge moyen était de 14,5 ans au diagnostic de trouble de l'alimentation. Cependant, aucune donnée précise sur le taux de maladies psychiatriques comorbides n'est disponible à l'égard d'enfants plus jeunes. De toute évidence, il sera important de dépister des modèles de maladies psychiatriques comorbides chez ces enfants afin de pouvoir établir des recommandations de traitement.

Limites des critères diagnostiques actuels de troubles de l'alimentation

Une grande partie de l'insatisfaction envers les critères diagnostiques actuels de troubles de l'alimentation chez les enfants et les jeunes adolescents découle de leurs limites évidentes. Dans une étude, seulement 50 % des envois en consultation dans une clinique pour les troubles de l'alimentation faisant leur apparition pendant l'enfance (de 7 à 15 ans) respectaient les critères diagnostiques actuels d'anorexie mentale ou de boulimie. La plupart des articles faisant état de troubles de l'alimentation atypiques dans l'enfance sont des études de cas ou des études de cohortes de moins de 10 enfants. Les anomalies alimentaires marquées décrites dans ces articles sont différentes, du point de vue qualitatif, de celles observées d'après les critères stricts du DSM-IV reliés à l'anorexie mentale, à la boulimie et aux troubles de l'alimentation non autrement précisés. Comme une étude a révélé, « il ne suffit pas de se contenter de dépeindre comme atypiques des cas d'enfants qui ne correspondent pas à une norme réductionniste conçue pour les adultes. »

Les ***critères du DSM-IV*** relatifs aux troubles de l'alimentation ont été élaborés par le groupe de travail du DSM-IV et par une équipe qui a respecté un processus empirique en trois étapes. Ce processus incluait (1) un examen complet et systématique de la documentation scientifique publiée, (2) une nouvelle analyse des ensembles de données déjà colligées et (3) de vastes essais en conditions réelles axés sur les issues. La plus grande partie de la meilleure documentation clinique et fondamentale disponible utilisée pour établir ces critères portait sur des adolescents plus âgés et des adultes. Par conséquent, des limites intrinsèques surgissent lorsque ces critères sont appliqués aux enfants.

Troubles de l'alimentation à apparition précoce (suite)

Selon les critères actuels du DSM-IV relativement à l'anorexie mentale, toutes les conditions suivantes doivent être respectées :

a) refus de maintenir le poids corporel au-dessus de la normale minimale (moins de 85 % pour l'âge et la taille),
b) peur intense de prendre du poids ou de devenir obèse, malgré une insuffisance pondérale,
c) perturbation dans la manière dont le poids corporel, la forme ou la silhouette est perçue,
d) influence exagérée du poids corporel ou de la silhouette sur l'estimation de soi,
e) aménorrhée pendant au moins trois cycles consécutifs chez les femmes menstruées (aménorrhée secondaire).

Bien que la perte de poids soit présente chez certains enfants, chez d'autres, les restrictions alimentaires et la malnutrition peuvent se traduire par un maintien du poids pendant qu'ils devraient être en période de croissance et de développement. Par ailleurs, les critères du DSM-IV excluent les enfants qui n'ont pas encore atteint le taux critique de perte de poids au point de représenter moins de 85 % du poids prévu, mais qui conservent tout de même des comportements alimentaires ou d'exercices très anormaux. De plus, les enfants qui grandissent peu par suite d'une malnutrition peuvent présenter un poids « prévu » faussement faible si la taille restreinte pendant une période de croissance est utilisée pour évaluer ce poids prévu. Ainsi, le recours au critère « moins de 85 % du poids prévu pour l'âge et la taille » pourrait entraîner une sous-évaluation de la gravité du faible poids chez les enfants plus jeunes.

Les critères du DSM-IV relatifs aux troubles de l'alimentation incluent également les perturbations dans la manière d'expérimenter le poids corporel, la forme ou la silhouette, et une influence exagérée du poids corporel ou de la forme sur l'estimation de soi. D'après certaines études, il se pourrait que cette mesure ne soit pas pertinente à l'égard du développement d'enfants plus jeunes. Une étude récente a démontré que même les adolescents plus âgés ont une mauvaise perception de leur taille corporelle réelle. Il se peut que des questionnaires d'auto-évaluation normalisés, comme le *Eating Disorder Inventory* (l'inventaire des troubles de l'alimentation), ne puissent déceler ces symptômes chez les enfants. Il se peut aussi que les jeunes enfants ne déclarent pas craindre prendre du poids lorsque leur poids est faible, mais qu'ils commencent à le faire lorsque leur poids a atteint un taux plus sain. Il est également possible que les enfants soient incapables d'exprimer leur détresse face à leur forme corporelle et à leur autoperception de leur corps, mais qu'ils vivent et décrivent plutôt des symptômes somatiques, comme une douleur ou un malaise abdominal, une sensation de satiété, des nausées ou une perte d'appétit.

Enfin, tandis que la présence d'aménorrhée est un critère important pour diagnostiquer l'anorexie mentale chez les femmes menstruées (aménorrhée secondaire), de toute évidence, ce critère ne s'applique pas aux fillettes plus jeunes qui n'ont pas encore eu leurs règles. Cependant, en cas de perte de poids à apparition précoce ou de prise de poids minime et de croissance limitée, un retard pubertaire peut s'observer, accompagné de l'absence des premières règles (aménorrhée primaire). En fait, la valeur de l'aménorrhée comme critère diagnostique chez les patientes adultes a même été remise en question. Bref, tous les critères pour diagnostiquer une anorexie mentale selon le DSM-IV comportent des limites lorsqu'ils s'appliquent aux enfants plus jeunes.

Une autre classification, les ***critères Great Ormond Street (GOS)***, a été proposée par Bryant-Waugh et Lask relativement à l'étendue des troubles de l'alimentation chez les enfants. Les diagnostics établis selon cette classification sont l'anorexie mentale, le trouble affectif d'évitement alimentaire, l'alimentation sélective, la dysphagie fonctionnelle, la boulimie et le syndrome de refus envahissant. La caractéristique prépondérante de tous ces diagnostics demeure « la préoccupation excessive face au poids, à la forme ou à l'apport alimentaire, accompagnée par un apport alimentaire outrageusement insuffisant, irrégulier ou chaotique. »

D'après la classification GOS, la définition d'anorexie mentale pendant l'enfance inclut :

a) une perte de poids déterminée (p. ex., évitement alimentaire, vomissements volontaires, exercice excessif, abus de laxatifs),
b) des cognitions anormales relativement au poids, à la forme ou aux deux,
c) une préoccupation morbide face au poids, à la forme ou au deux.

Cette fois encore, cette définition exige une perte de poids et ne prévoit pas expressément l'absence de prise de poids ou de taille prévue selon l'étape du développement ou de la puberté. Des études pour valider ce système de classification sont en attente. Cependant, Nicholls et coll. ont comparé la fiabilité des critères diagnostiques du GOS, du DSM-IV de la Classification internationale des maladies 10 (CIM10) relativement aux troubles de l'alimentation auprès d'un échantillon de 81 enfants de 7 à 16 ans. Le coefficient d'objectivité était le plus faible à l'égard des critères de la CIM10 (appréciable), important à l'égard de ceux du DSM-IV et parfait à l'égard de ceux du GOS. Les auteurs avancent que même si la classification des troubles de l'alimentation chez les enfants a encore besoin d'être évaluée, les critères GOS seraient peut-être plus fiables que les critères existants.

La présente étude vise à déterminer le taux de nouveaux diagnostics de troubles de l'alimentation chez les jeunes enfants et à fournir de l'information qui demeurerait inconnue autrement. Si l'incidence de troubles de l'alimentation augmente réellement, il est essentiel d'établir l'importance du problème afin de pouvoir attribuer des ressources pour les besoins du diagnostic et de la prise en charge. L'étude fournira une gamme de données descriptives sur les caractéristiques présentes au moment du diagnostic, y compris certaines complications médicales et maladies psychiatriques concomitantes, afin de contribuer à alimenter le débat international au sujet de la définition et de la classification et à élaborer de nouveaux critères diagnostiques. Sans critère diagnostique clair et pertinent, il est possible que des enfants présentant des comportements très anormaux du point de vue de leur alimentation et de leur poids continuent de ne pas être diagnostiqués. Une meilleure compréhension du spectre et de la présentation de ce trouble contribuera à promouvoir la création de directives de prise en charge pertinentes selon le développement, afin d'assurer de meilleures issues aux enfants et aux adolescents présentant ce trouble. Des études plus approfondies, dépassant la portée du présent projet, seront nécessaires pour décrire l'évolution naturelle et les complications chroniques des troubles de l'alimentation à apparition précoce.

Méthodologie

Les pédiatres, pédopsychiatres et psychiatres pour adolescents déclareront les cas par l'entremise du rapport mensuel du PCSP. Les médecins traitants seront invités à remplir le questionnaire clinique, y compris de l'information sur les facteurs suivants :

Troubles de l'alimentation à apparition précoce (suite)

- présence de comportements précis et de cognitions reliés à l'alimentation et au poids,
- mesures de croissance (poids et traille) et statut pubertaire,
- présence d'un compromis médical aigu,
- anamnèse familiale de maladie psychiatrique, maladie psychiatrique concomitante ou les deux,
- types d'interventions thérapeutiques et d'utilisation de ressources, y compris l'hospitalisation.

Cette proposition canadienne a été élaborée pour compléter l'étude des troubles de l'alimentation à apparition précoce en cours à l'unité australienne de surveillance pédiatrique.

Objectifs

- Déterminer l'incidence minimale de troubles de l'alimentation à apparition précoce chez les enfants canadiens, telle qu'elle a été déclarée par les pédiatres, pédopsychiatres et psychiatres pour adolescents.
- Obtenir la distribution selon l'âge et le sexe déclarés dans les cas de trouble de l'alimentation à apparition précoce.
- Décrire la gamme de caractéristiques cliniques médicales et psychiatriques au moment du diagnostic.
- Comparer la présentation des troubles de l'alimentation au sein de cette population avec les critères existants pour diagnostiquer les troubles de l'alimentation.
- Décrire les interventions thérapeutiques utilisées dans la prise en charge.

Définition de cas

Une perte de poids excessive et une insuffisance pondérale sont généralement définies comme inférieures à 85 % à 90 % du poids moyen pour la taille. Les courbes de croissance normalisées sont souvent utilisées pour déterminer ce pourcentage. Cette méthode comporte toutefois des limites marquées, car elle ne tient pas compte des divers types corporels et de la masse musculaire. Néanmoins, elle demeure la norme la plus citée. L'enfance et le début de l'adolescence sont des périodes au cours desquelles la prise de poids et de taille et la modification de la composition corporelle sont normales. Au début de l'adolescence, la prise de poids moyenne prévue est de 2,0 kilos par année. L'absence de prise de poids à ce rythme minimal ou une perte de poids devrait constituer un avertissement et justifier des examens. La présente étude vise à fournir des données descriptives sur la gamme d'observations cliniques, l'importance de la perte de poids ainsi que les symptômes et les comportements chez les enfants ayant des troubles de l'alimentation à apparition précoce.

Une vaste définition du terme « troubles de l'alimentation » est proposée dans le cadre de cette étude afin d'inclure le spectre entier d'enfants dont l'alimentation est assez désordonnée pour provoquer une perturbation de la prise de poids ou une perte réelle de poids. Les participants déclareront tout enfant de 5 à 12 ans inclusivement, rencontré au cours du mois précédent et ayant reçu un *nouveau* diagnostic de trouble de l'alimentation à apparition précoce.

Le *trouble de l'alimentation* est défini comme :

- un évitement alimentaire déterminé,

et

- une perte de poids et une absence de prise de poids pendant une période de croissance prévue, non imputables à une cause organique discernable, telle que la maladie cæliaque.

Critère d'exclusion

Enfant obèse participant à un programme supervisé de prise en charge du poids

Durée

De mars 2003 à février 2005

Nombre de cas prévus

D'après des estimations antérieures de l'incidence et la population actuelle d'enfants de ce groupe d'âge au Canada, le nombre prévu de cas pourrait atteindre 90 à 100 par année.

Approbation déontologique

The Research Ethics Board, The Hospital for Sick Children

Analyse et publication

Les investigatrices analyseront les données, et des rapports annuels seront distribués aux participants au PCSP.

Les données seront publiées dans un journal révisé par des pairs à la fin de la période de l'étude.

Bibliographie

Children into DSM don't go: A comparison of classification systems for eating disorders in childhood and early adolescence. Nicholls D, Chater R, Lask B. *Int J Eating Disord* 2000;28(3):317-24.

Prospective 10-year follow-up in adolescent anorexia nervosa – Course, outcome, psychiatric comorbidity, and psychosocial adaptation. Herpertz-Dahlmann B, Muller B, Herpertz S, et al. *J Child Psychol Psychiatry* 2001;42:603-12.

Should amenorrhoea be necessary for the diagnosis of anorexia nervosa? Evidence from a Canadian community sample. Garfinkel PE, Lin E, Goering P, Spegg C, Goldbloom D, Kennedy S, Kaplan AS, Woodside DB. *Br J Psychiatry* 1996;168:500-6.

Treatment of eating disorders in children and adolescents. Robin AL, Gilroy M, Dennis AB. *Clin Psychol Rev* 1998;18:421-46.

(Des références additionnelles sont disponibles auprès des investigatrices ou du bureau du PCSP.)