

Josef Laimbacher

Troubles de la personnalité chez des adolescentes anorexiques et boulimiques

Une présentation de la série «Newsletter Psychosomatik»¹

Le diagnostic précoce des comorbidités psychiatriques, troubles de la personnalité surtout, chez les adolescentes souffrant d'un trouble du comportement alimentaire est capital pour la planification du traitement pluridisciplinaire et déterminant pour l'évolution de la maladie et le succès du traitement.

Introduction

Les troubles classiques du comportement alimentaire, comme l'anorexie ou la boulimie, mais aussi leurs formes atypiques, sont souvent des maladies à évolution grave et tendant à la chronicité. Ils ne perturbent pas seulement la patiente mais aussi tout son environnement social (notamment famille, partenaire, scolarité, profession). Ils touchent majoritairement le sexe féminin. Nous partons du principe que 2% des femmes de 15 à 35 ans ont une anorexie et que l'incidence de la boulimie est de 2–4% (estimation officieuse haute).

En plus des graves conséquences somatiques (notamment ostéoporose, aménorrhée secondaire et infertilité, troubles métaboliques, carences nutritionnelles, maladies cardiovasculaires, troubles gastro-intestinaux, surtout si abus de laxatifs, etc.) ce sont surtout les troubles psychiatriques comorbides qui déterminent la gravité de la maladie et son évolution.

Le traitement légitime des troubles du comportement alimentaire est pluridisciplinaire (modèle thérapeutique bio-psycho-social) et s'étend généralement sur plusieurs années. La plupart des cas peuvent être traités et guéris en ambulatoire. Les traitements spécifiques psychiatriques et psychosomatiques en milieu hospitalier sont par contre nécessaires en cas de menace vitale et après échec des programmes thérapeutiques ambulatoires à la phase aiguë, de même que pour les évolutions vers la chronicité.

L'étude

Le but de la publication présentée ici a été d'évaluer la manifestation de troubles de la personnalité chez des patientes souffrant de troubles du comportement alimentaire sur la base de l'Interview Clinique Structuré pour le DSM-IV (SKID-II). 99 patientes (Mâge = 16,3 ± 1,6) ont été examinées quant à la présence concomitante d'un trouble de la personnalité. Cette étude s'est également intéressée à l'influence de l'âge, des comorbidités psychiques de l'axe I et du type de traitement sur l'apparition d'un trouble de la personnalité. Elle confirme la grande proportion d'un ou plusieurs troubles psychiatriques de l'axe I comorbides. 80,7% présentaient un tel trouble (surtout troubles affectifs, somatoformes et anxieux). Un trouble de la personnalité selon le SKID-II a été diagnostiqué chez 30,3% des patientes examinées. Il s'est avéré que l'anorexie de type binge-purging (orgie-purge, 58,5%) et la boulimie (48%) étaient nettement plus fréquentes que l'anorexie de type restrictif

(14,1%). Les troubles de la personnalité ont été significativement plus fréquents dans les classes d'âge moyen (15,0–16,11 ans) et élevé (≥17 ans).

Les résultats de cette étude confirment à quel point il est important de rechercher à la phase initiale du diagnostic et du traitement déjà des comorbidités psychiatriques, troubles de la personnalité y compris, chez les patients souffrant de troubles complexes du comportement alimentaire. La recherche de ces troubles doit bien sûr se poursuivre dans l'évolution à long terme. Le diagnostic le plus rapide possible des comorbidités psychiatriques est capital pour la planification et l'ampleur du traitement pluridisciplinaire, et déterminant pour l'évolution de la maladie et en fin de compte pour le succès du traitement.

Suite au diagnostic initial la discussion du traitement pluridisciplinaire est indispensable

Rôle du médecin de premier recours

En raison de la fréquence des troubles du comportement alimentaire les médecins de premier recours doivent s'attendre à être confrontés à ces entités pathologiques dans leurs cabinets. Ils doivent avoir les connaissances nécessaires pour pouvoir au moins poser rapidement le diagnostic de probable «trouble du comportement alimentaire» en présence d'un tableau clinique frappant. Le médecin de famille a une importance centrale en tant que poste de triage surtout. Il est le premier maillon de la chaîne thérapeutique. Avec son triage scientifiquement fondé il peut organiser un transfert éventuellement nécessaire à un centre spécialisé régional. Ce centre doit notamment être en mesure de faire un psychodiagnostic complet des comorbidités psychiatriques. Un status somatique complet est lui aussi impérieux et peut se faire dans un cabinet de médecine générale, pour autant que les connaissances et l'intérêt soient suffisants.

Suite au diagnostic psychologique/psychiatrique, somatique et social initial la discussion du traitement pluridisciplinaire est indispensable. Il s'agit de préciser les responsabilités (prise en charge, responsabilité du cas).

D'après mon expérience la gravité et l'évolution de la maladie sont généralement déterminées par l'importance des comorbidités psychiatriques. La présence d'un éventuel trouble de la personnalité joue un rôle très important. Un tel trouble peut cependant se déclarer au cours de l'évolution de cette maladie, ce qui fait qu'une attention et une sensibilisation permanentes à l'éventualité de la manifestation de comorbidités psychiatriques sont extrêmement importantes.

Correspondance:

Dr Josef Laimbacher, Chefarzt Jugendmedizin
Ostschweizer Kinderspital St. Gallen, FMH für Kinder- und Jugendmedizin
FA Psychosomatische und Psychosoziale Medizin SAPP
josef.laimbacher@jkispig.ch

¹ A servi de base à l'auteur l'article suivant: Bottin J, Salbach-Andrae H, Schneider N, Pfeiffer E, Lenz K, Lehmkühl U. Persönlichkeitsstörungen bei jugendlichen Patientinnen mit Anorexia und Bulimia nervosa. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. 2010;38(5):341–50.