

UNE HISTOIRE D'OBÉSITÉ DANS L'ENFANCE, UN FREIN À LA GUÉRISON DE L'ANOREXIE MENTALE À L'ADOLESCENCE ?

TREVISANI C (1), ORBAN G (1), MALCHAIR A (1, 2)

RÉSUMÉ : Les taux élevés d'obésité, d'habitudes alimentaires inadaptées et de troubles du comportement alimentaire chez les enfants et les adolescents ont un impact très négatif sur leur santé physique et mentale. Le rôle du pédiatre et du médecin généraliste est central en termes de prévention et de screening. Lorsqu'un relais vers le spécialiste est nécessaire, il est important de considérer la relation bidirectionnelle entre les troubles alimentaires et les problèmes de santé mentale. Des antécédents d'obésité chez un patient souffrant d'anorexie mentale conduisent à la nécessité d'adapter spécifiquement la prise en charge, notamment en lien avec le concept de Weight Suppression (WS).

MOTS-CLÉS : *Obésité - Hyperphagie - Anorexie mentale - Weight suppression*

A HISTORY OF CHILDHOOD OBESITY ACTS AS A BARRIER TO THE RECOVERY FROM MENTAL ANOREXIA IN ADOLESCENCE ?

SUMMARY : High rates of obesity, unhealthy eating behaviors, and eating disorders among children and adolescents have a very negative impact on their physical and mental health. The role of pediatricians and general practitioners is central in terms of prevention and screening. When a referral to a specialist is necessary, it is important to consider the bidirectional relationship between eating disorders and mental health problems. A history of obesity in a patient with mental anorexia leads to the need for specific management, particularly in relation to the concept of Weight Suppression (WS).

KEYWORDS : *Obesity - Hyperphagia - Anorexia nervosa - Weight suppression*

INTRODUCTION

L'obésité, les habitudes alimentaires inadaptées et les troubles du comportement alimentaire (TCA) chez l'enfant et l'adolescent sont devenus un problème majeur de santé publique. L'obésité est principalement associée à la boulimie nerveuse et l'hyperphagie. Le rôle du pédiatre et du généraliste est central dans la prévention, le screening et, au besoin, le relais vers une prise en charge adéquate pour limiter des conséquences gravissimes sur le long terme, notamment le risque de développer une anorexie mentale (Anorexia Nervosa ou AN).

En tant que professionnel de la santé s'occupant de patients pédiatriques, il est crucial de comprendre plusieurs concepts clés, illustrés par ce cas clinique.

CAS CLINIQUE

Dès l'enfance, X rapporte un vécu difficile en lien avec l'alimentation. Un cercle vicieux s'est enclenché lorsqu'elle a été prise en charge par une diététicienne alors qu'elle présentait un léger surpoids. Elle rapporte le sentiment d'avoir été jugée et de ne pas avoir été écoutée. Elle rapporte une pression importante au niveau du

contrôle alimentaire et un sentiment de honte. Progressivement, elle a multiplié des comportements inadéquats (manger en cachette ou manger la nuit) et a évolué vers un statut d'obésité. À l'école, elle rapporte avoir été victime de moqueries et de harcèlement. La nourriture est devenue un refuge et elle verbalise le besoin «manger ses émotions». La mère, présentant un passé d'AN, veillait, de manière importante, à la qualité et la quantité des repas. La jeune fille exprime le sentiment d'être sous pression tant au niveau familial que scolaire. À l'adolescence, elle décrit une évolution progressive vers une dépendance alimentaire, alternant des périodes où elle multipliait les accès hyperphagiques et des périodes de restriction. Une oesophagite et une gastrite ont entraîné une dysphagie, renforçant les périodes de restriction. Son statut d'obésité antérieur a conduit les différents professionnels à ne pas s'alerter face à cette perte de poids de 22 kg en 2 mois.

Lorsqu'elle est hospitalisée dans notre service de Pédiopsychiatrie, elle est âgée de 16 ans et 3 mois et une perte de 35 kg est objectivée (indice de masse corporelle [IMC] = 17 kg/m²). Au vu de l'envahissement psychique intense et rigide à son arrivée, la mise en place d'une sonde nasogastrique a été nécessaire pour stimuler la prise de poids. Elle présentait des distorsions cognitives et ruminations typiquement anorexiques et exprimait régulièrement sa peur de retrouver un poids antérieur, ce qui l'a poussée à des comportements compensatoires tels que la purge au début de l'hospitalisation. Son discours reste envahi de pensées en lien

(1) Service de Pédiopsychiatrie, CHR Citadelle, Liège, Belgique.

(2) Service de Pédiopsychiatrie, CHU Liège, Belgique.

avec son passé d'obésité et crée une résistance supplémentaire à la guérison. Elle rapporte un effet bénéfique depuis l'instauration d'olanzapine, avec une meilleure capacité de lutter contre l'envahissement psychique. L'instauration de venlafaxine se voit bénéfique au niveau du tableau dépressif majeur. Après 6 mois de prise en charge, elle a retrouvé un poids de santé avec un IMC de 19 kg/m², mais le travail psychothérapeutique et l'accompagnement familial restent indispensables, notamment en raison de son passé d'obésité qui semble constituer un frein à la guérison à long terme.

DISCUSSION

OBÉSITÉ, COMPORTEMENTS ALIMENTAIRES INADAPTÉS ET TCA

Les taux élevés d'obésité, de comportements alimentaires inadaptés au sens large et de TCA chez les enfants et les adolescents ont un impact très négatif sur leur santé physique et mentale, ce qui soulève des inquiétudes importantes (1). L'obésité infantile est considérée comme un problème majeur de santé publique (2). L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande l'utilisation de l'IMC pour estimer la masse grasse chez les enfants et les adolescents. L'obésité est définie comme un IMC égal ou supérieur au 95^{ème} percentile (3).

Selon le «Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders», 5th Edition (DSM 5), les TCA incluent l'AN, la boulimie, l'hyperphagie boulimique, le «night eating syndrome», le trouble évitant restrictif de la prise alimentaire, le comportement de purge et, enfin, les troubles non spécifiés.

Bien que les TCA soient largement répandus chez les jeunes, ils sont encore insuffisamment étudiés et souvent sous-diagnostiqués (4). Les troubles alimentaires ont une forte prévalence chez les adolescents, en particulier chez les filles, mais peuvent également apparaître chez les enfants de 5 à 12 ans (1). Dans une cohorte française, une étude suggère que les TCA concernent au moins 11,4 % des enfants et des adolescents (5). Ces troubles se caractérisent par des comportements alimentaires aberrants, des distorsions cognitives et émotionnelles liées à l'alimentation et/ou à l'image corporelle, ainsi que par une absence de régulation du poids corporel (4).

Chez les enfants en surpoids, des comportements alimentaires désordonnés sont souvent présents, ce qui augmente le risque de déve-

lopper un TCA (1). Chez les patients ayant des antécédents d'obésité, les troubles alimentaires sont plus fréquents. Les complications de l'obésité et des TCA sont courantes et affectent de nombreux organes (5). Selon les recherches, les adolescents en surpoids ont cinq fois plus de chances de développer des TCA que ceux qui ont un poids normal (6).

Une étude a identifié des facteurs de risque communs à l'obésité et au développement de TCA (7, 1, 3). Ces facteurs comprennent des influences environnementales telles que les taquineries, les critiques et le harcèlement des pairs, ainsi que l'insatisfaction corporelle. D'autres facteurs tels que l'hyperphagie familiale, l'abus de substances, l'anxiété parentale, la haute exigence parentale et la séparation parentale ont également été documentés. De plus, un événement traumatique peut également augmenter le risque de développer un trouble alimentaire. Les facteurs comportementaux comprennent les régimes restrictifs et l'isolement social. Les facteurs de personnalité et psychologiques incluent une faible estime de soi, une vision négative de soi et des troubles du comportement. En ce qui concerne les facteurs développementaux, la relation de sécurité et de confiance entre l'enfant et son parent, établie par l'alimentation dans la petite enfance, joue un rôle important. Les parents ont la charge de déterminer le type de nourriture autorisé à l'enfant, la façon dont les repas sont pris et la pression qu'ils exercent sur la qualité de la nourriture dans l'assiette. Lorsque l'enfant est trop restreint, cela peut entraîner une régulation inadéquate de l'appétit plus tard dans la vie, conduisant potentiellement à une surconsommation. Enfin, des facteurs génétiques, biochimiques, neuropsychologiques et liés au système immunitaire ont également été identifiés comme des facteurs de risque pour l'obésité et les TCA.

À l'adolescence, il est important de considérer la relation bidirectionnelle entre les TCA et les problèmes de santé mentale. Une mauvaise image corporelle liée à une prise de poids peut conduire à des troubles alimentaires ou psychiques. La dépression peut être associée à des habitudes alimentaires peu saines, un mode de vie sédentaire et des problèmes de sommeil. En outre, la fixation sur l'apparence physique ou le poids peut entraîner des troubles alimentaires, qui peuvent être exacerbés par le traitement de l'obésité. De même, le traitement de l'obésité peut pousser les jeunes à développer des TCA tels que l'AN, en raison d'un contrôle rigide sur l'apport calorique ou d'une obsession pour des habitudes alimentaires parfaites ou obsessionnelles (3).

PRÉVENTION, SCREENING ET PRISE EN CHARGE DE L'OBÉSITÉ ET DES TROUBLES ALIMENTAIRES

Il a été démontré qu'à l'âge pédiatrique, les interventions visant à prévenir et prendre en charge l'obésité et les TCA peuvent être similaires (1). Les professionnels de santé de première ligne doivent être conscients des nombreuses complications associées à ces problèmes, afin de pouvoir intervenir précocement et de manière adaptée (8).

PRÉVENTION

Le suivi de la courbe de poids par les pédiatres depuis la naissance de l'enfant est crucial pour prévenir une perte ou une prise de poids excessive (9). Les pédiatres et les généralistes sont en première ligne pour identifier les facteurs de risque et interrompre la progression de ce processus dommageable pour la santé physique et mentale (1). L'idée est de se concentrer sur les changements de comportements individuels, tels que l'augmentation de l'activité physique ou l'amélioration de la qualité de la nourriture et la réduction de l'excès calorique (3). Les stratégies les plus efficaces pour prévenir l'obésité sont celles qui combinent des interventions physiques, nutritionnelles et éducatives (2). Elles nécessitent une approche multidisciplinaire avec une attention particulière aux comportements alimentaires désordonnés et au soutien psychosocial, en plus des autres facteurs environnementaux (6).

SCREENING

L'utilisation de l'IMC seul ne suffit pas à détecter tous les profils à risque (10). L'utilisation de questionnaires comportementaux en consultation peut aider à détecter des comportements qui peuvent être associés à un plus haut risque de développer des TCA (11). Pour le groupe identifié comme étant à plus haut risque de développer un trouble alimentaire, une prise en charge plus intensive et ciblée est recommandée (6).

PRISE EN CHARGE

L'efficacité des interventions thérapeutiques avec une composante diététique a été démontrée dans la réduction de la prévalence, du risque et des symptômes de l'obésité chez les enfants et les adolescents. Elles peuvent également réduire le risque de développer des TCA à court et long termes (1, 11). Un environnement structuré et bienveillant, soutenant, est donc vital dans le bon déroulement du proces-

sus thérapeutique (11). Il est également important de conscientiser toute la famille, car les choix alimentaires des parents peuvent exercer une influence sur leur enfant (3). Cependant, il est crucial d'éviter tout langage réprochant ou jugeant auprès des parents et des enfants concernant leur poids, car cela peut renforcer la stigmatisation, réduire la motivation à perdre du poids et, potentiellement, être une cause de contournement des soins préventifs. La stigmatisation peut également conduire à des comportements tels que l'hyperphagie, une diminution de l'activité physique et un isolement social chez l'adolescent (3). Enfin, il est important de noter que les complications médicales liées à l'obésité peuvent souvent être le premier contact avec les professionnels de santé, notamment lorsqu'il existe une hyperphagie. Il est donc crucial d'évaluer et de prendre en charge ces complications le plus tôt possible pour améliorer les résultats à long terme (8).

Le traitement de première ligne pour l'obésité et les troubles alimentaires associés chez les enfants comprend la perte de poids avec un soutien nutritionnel et la modification des habitudes de vie par la psychothérapie comportementale. Toutefois, si le patient présente des comorbidités psychiatriques, une prise en charge spécifique est nécessaire, à condition qu'elles ne soient pas simplement une conséquence du trouble alimentaire (1). Il est crucial d'inclure un soutien psychosocial et un accompagnement familial dans la prise en charge pour la nutrition et la modification du mode de vie sédentaire (6). Suivre un régime pour contrôler son poids augmente le risque de développer un TCA (11), donc les régimes hypocaloriques sont à bannir pour traiter l'obésité chez les enfants (3). Une étude a montré que la meilleure prise en charge combine le médecin, le diététicien et le psychologue, avec des visites hebdomadaires ou bimensuelles. Il est important d'éviter les conséquences négatives sur la relation de l'enfant avec la nourriture (3).

L'OBÉSITÉ ET L'ANOREXIE MENTALE : UN DANGER SILENCIEUX

Il convient de souligner que les TCA chez les enfants en surpoids sont souvent sous-diagnostiqués, ce qui rend crucial le diagnostic précoce et une prise en charge adaptée (12). Si un professionnel de santé rencontre un jeune ayant perdu du poids de manière inexplicable, il doit explorer le processus de perte de poids et se poser des questions sur l'émergence éventuelle d'un TCA (9).

Des études montrent que les adolescents atteints d'AN et ayant des antécédents d'obésité peuvent présenter des symptômes plus graves et une morbidité psychologique plus importante, justifiant ainsi une prévention et une prise en charge ciblée (13). En outre, l'AN est associée à un risque de mortalité cinq fois plus élevé que celui des autres troubles mentaux (14) et entraîne des comorbidités somatiques et psychologiques graves nécessitant une prise en charge importante pour leur stabilisation (15, 16). Malgré cette gravité, de nombreux patients ne sont pas diagnostiqués car leur IMC est dans la norme.

Il est reconnu que l'utilisation des anti-dépresseurs chez certaines patientes anorexiques déprimées est bénéfique dans la pratique clinique. Dans l'AN, la dimension dépressive représente une cible thérapeutique centrale, tant au niveau aigu de la prise en charge que pour réduire la mortalité suicidaire. Le suivi au long cours est indispensable ainsi qu'une surveillance des récurrences thymiques ultérieures (17). Les neuroleptiques atypiques peuvent également réduire l'anxiété et la rigidité et soutenir la prise de poids. Ils sont indiqués en cas de résistance au traitement ou de pathologie psychiatrique préexistante (18). L'olanzapine a montré son efficacité dans le traitement de l'AN chez les adultes en augmentant l'IMC à la fin du traitement. Cependant, son effet chez les adolescents reste incertain (19). Il est intéressant de souligner que l'olanzapine n'entraîne pas d'effets métaboliques indésirables comme observés chez les patients non dénutris (8).

LE «WEIGHT SUPPRESSION» (WS), UN CONCEPT IMPORTANT

Le WS représente la différence entre le poids le plus élevé atteint et le poids actuel, et il a été démontré qu'il affecte les symptômes et la prise de poids chez les patients souffrant de troubles alimentaires (20). Des études montrent que le WS peut influencer le parcours de guérison des patients après leur sortie d'une prise en charge hospitalière et affecter l'IMC et la psychopathologie des troubles alimentaires (sévérité des symptômes et fréquence des purges). En effet, au vu du stress lié à la prise de poids, l'étude suggère qu'un WS plus élevé à l'entrée est un facteur prédictif d'une symptomatologie plus grave à la sortie. Un WS élevé rend le patient plus susceptible d'avoir des antécédents de surpoids, ce qui peut expliquer une exacerbation des craintes de retrouver un poids pré-morbide. Ces craintes peuvent participer à l'augmentation des symptômes (troubles cognitifs) et par-

fois donner lieu à des moyens extrêmes pour maintenir une perte de poids (20). L'historique de poids du patient doit être pris en compte dans sa prise en charge, même si son IMC est théoriquement dans une zone «saine». Il peut être nécessaire pour les patients ayant un WS élevé de gagner plus de poids pour prévenir la persistance de la psychopathologie des troubles alimentaires après le traitement (20).

IMPLICATIONS CLINIQUES

L'intérêt du partage de ce cas clinique permet de souligner plusieurs points clés :

- Il est important de sensibiliser de manière préventive et sans stigmatisation, les parents de tout enfant à l'importance d'une alimentation équilibrée et de la mise en place d'activités physiques régulières.
- Lorsqu'il existe des comportements alimentaires inadéquats, il est essentiel de pouvoir les explorer et d'envoyer le patient vers un confrère spécialiste le cas échéant.
- Tout praticien de santé se trouvant face à un jeune qui présente une prise ou une perte de poids importante et inexpliquée devrait pouvoir la questionner et la suivre en consultation de manière rapprochée.
- L'IMC pris de manière isolée n'est pas représentatif. La notion de perte de poids et la temporalité de cette perte représentent des critères plus importants.
- Un passé de surpoids ou d'obésité est à prendre en compte dans la prise en charge d'une patiente présentant une anorexie mentale, notamment la notion de WS.

CONCLUSION

Les taux élevés d'obésité, de comportements alimentaires inadaptés et de TCA chez les enfants et les adolescents ont des conséquences très négatives sur leur santé physique et mentale. Ainsi, il est primordial de prévenir et de traiter l'obésité et les troubles alimentaires dès l'enfance, en utilisant des interventions combinant des stratégies physiques, nutritionnelles et éducatives. Les pédiatres et les médecins traitants jouent un rôle clé dans l'identification des facteurs de risque et la prévention de la progression de ces problèmes de santé physique et mentale. Chaque professionnel de santé en contact avec la population

pédiatrique doit garder à l'esprit que toute prise ou perte de poids rapide et inexpliquée doit faire l'objet d'une investigation approfondie. Enfin, il convient de souligner la relation bidirectionnelle entre les troubles alimentaires et les problèmes de santé mentale, ce qui est important à prendre en compte lors de la prise en charge de patients souffrant d'anorexie mentale et ayant des antécédents d'obésité.

BIBLIOGRAPHIE

1. Jebeile H, Gow LM, Baur LA, et al. Treatment of obesity, with a dietary component, and eating disorder risk in children and adolescents : a systematic review with meta-analysis. *Obesity Rev* 2019;**20**:1287-98.
2. Motevalli M, Drenowatz C, Tenous DR, et al. Management of childhood obesity - Time to shift from generalized to personalized intervention strategies. *Nutrients* 2021;**13**:1200.
3. Kansra AR, Lakkunarajah S, M Jay S. Childhood and adolescent obesity: a review. *Front Pediatr* 2021;**8**:581461.
4. Hilbert A. Childhood eating and feeding disturbances. *Nutrients* 2020;**12**:972.
5. Bertrand V, Tiburce L, Sabatier T, et al. Prévalence des troubles du comportement alimentaire dans une population pédiatrique en Seine Maritime : étude PEDIANUT. *EMC* 2021;**35**:65.
6. Leme AC, Haines J, Tang L, et al. Impact of strategies for preventing obesity and risk factors for eating disorders among adolescents: a systematic review. *Nutrients* 2020;**12**:3134.
7. Byrne EM, LeMay-Russell S, Tanofsky-Kraff, M. Loss-of-control eating and obesity among children and adolescents. *Curr Obes Rep* 2019;**8**:33-42.
8. Voderholzer U, Haas V, Correl CU, et al. Medical management of eating disorder: an update. *Curr Opin Psychiatry* 2020;**33**:542-53.
9. Dabas A, Seth A. Prevention and management of childhood obesity. *Indian J Pediatr* 2018;**85**:546-53.
10. Hilbert A, Pike KM, Goldschmidt AB, et al. Risk Factors across the eating disorders. *Psychiatry Res* 2014;**220**:500-6.
11. Stabouli S, Erdine S, Suurorg L, et al. Obesity and eating disorders in children and adolescents : the bidirectional link. *Nutrients* 2021;**13**:4321.
12. Ralph A, Brenna L, Byrne S, et al. Management of eating disorders for people with higher weight : clinical practice guideline. *J Eat Disord* 2022;**10**:121.
13. Matthews A, Kremer RA, Mitan L. Eating disorder severity and psychological morbidity in adolescents with anorexia nervosa or atypical anorexia nervosa and premorbid overweight/obesity. *Eat Weight Disord* 2022;**27**:233-42.
14. van Eeden AE, van Hoeken D, Hoek HW. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa. *Curr Opin Psychiatry* 2021;**34**:515-24.
15. Herpertz-Dahlmann B. Intensive treatments in adolescent anorexia nervosa. *Nutrients* 2021;**13**:1265.
16. Scheen AJ. L'anorexie mentale : aux confins de la psychiatrie et de la médecine somatique. *Rev Med Liege* 2023;**78**:369-75.
17. Leblé N, Radon L, Rabot M, Godart N. Manifestations dépressives au cours de l'anorexie mentale : données de la littérature et implications pour une utilisation adaptée des antidépresseurs. *Encephale* 2017;**43**:62-8.
18. Campbell K, Peebles P. Eating disorders in children and adolescents : state of the art review. *Pediatrics* 2014;**134**:582-92.
19. Han R, Bian Q, Chen H. Effectiveness of olanzapine in the treatment of anorexia nervosa. *Brain Behav* 2022;**12**:e2498.
20. Bodell PL, Recine SE, Wildes JE. Examining weight suppression as a predictor of eating disorder symptom trajectories in anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2016;**49**:753-63.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Dr Trevisani C, service de Pédiopsychiatrie, CHR Citadelle, Liège, Belgique.
Email : Ctrevisani@citadelle.be