

Traitements des TCA

Pr S Guillaume

CHU et Université de MONTPELLIER / IGF

s-guillaume@chu-montpellier.fr



Les axes de la prise en charge

- la préparation, la motivation au changement
- les approches diététiques
- les psychothérapies spécifiques
- les traitements médicamenteux
 - A l'exception des psychothérapies spécifiques, la majorités des soins peuvent se faire / s'initier hors soignants / équipes spécialisés
- S'intègre dans une PEC multidisciplinaire de l'obésité

la préparation, la motivation au changement

Préparation initiale / motivations aux changements

- **Questionner l'ambivalence**
 - **La démarche de soin et ses difficultés**
 - **Les changements à accepter**
 - **Le rapport coût/bénéfice du traitement / des modifications comportementales**
- **La mise en place de petits changements progressifs réévalués ponctuellement avec le soignant va augmenter les chances de modification à long terme**
- **Identifier / discuter :**
 - **Les facteurs de résistance, comme des conditions de vie (habitudes familiales, stress professionnel, etc.) ou un événement de vie particulier (divorce deuil, etc.)**
 - **Les facteurs de soutien**
 - **Les attentes du patient**

Messages psychoéducatifs: Objectifs du traitement de l'hyperphagie boulimique

Soignant

- Arrêt des crises
- Améliorer les attitudes / forme & poids
- Prévenir la prise de poids / obtenir une perte modérée
- Normaliser le comportement alimentaire
- Réduire la comorbidité
 - Normaliser l'humeur
 - Réduire anxiété et abus de substances
 - Réduire impulsivité / compulsivité

Patient

- Perdre du poids
- Perdre plus de poids
- Perdre encore plus de poids!
- Arrêt des crises
- Améliorer les attitudes / forme & poids

- Faire passer ce message au patient augmente considérablement l'adhésion aux prises en charge

- Se mettre d'accord sur des objectifs réalistes

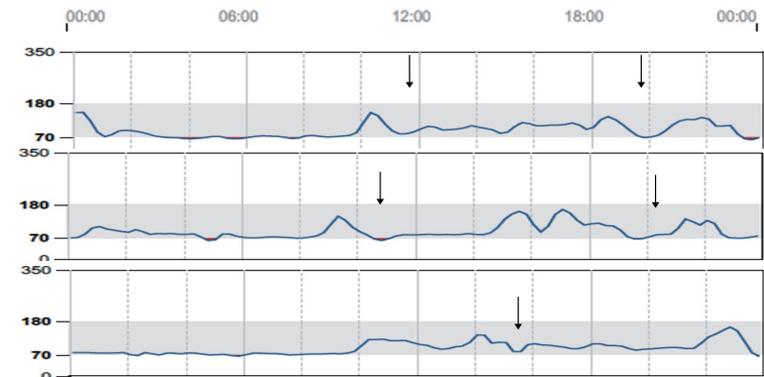
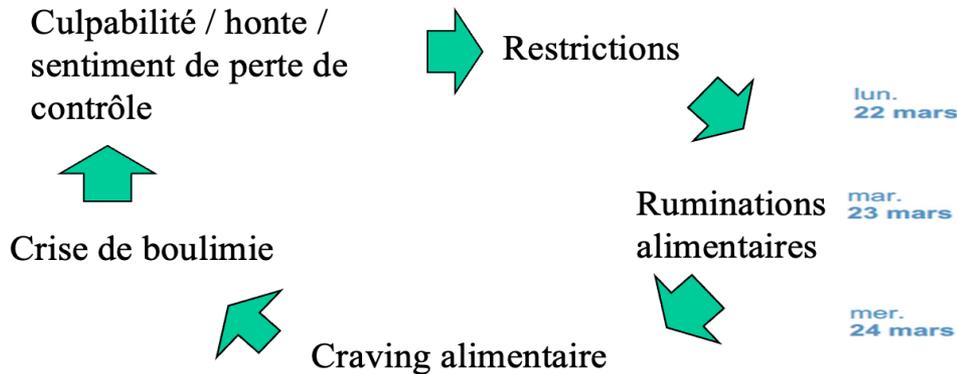
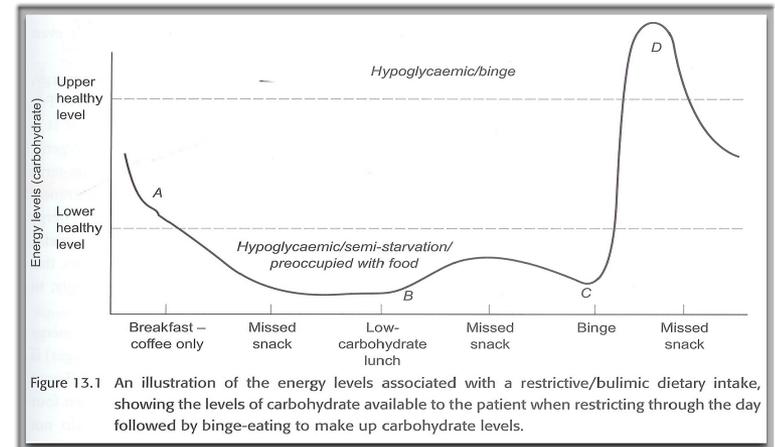
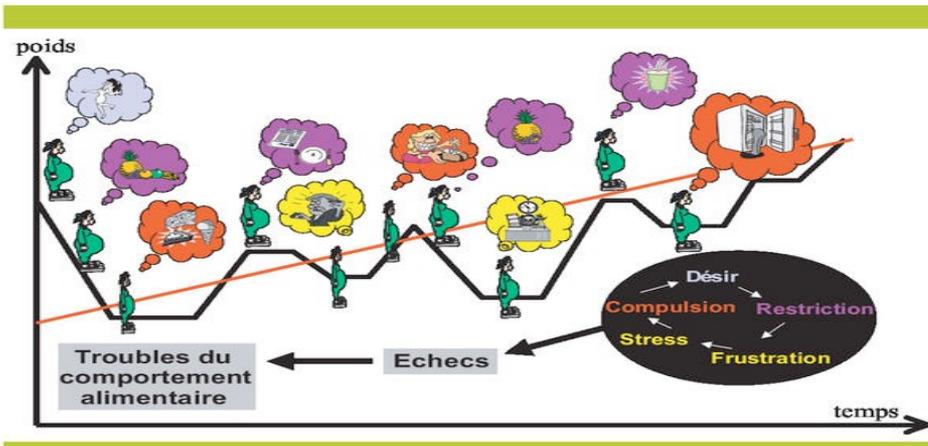
Table 3. Weight and Global EDE Outcomes at Posttreatment and Follow-up

Characteristic	Mean (SD)											
	BWL				CBTgsh				IPT			
	Base-line	Post-treatment	Follow-up		Base-line	Post-treatment	Follow-up		Base-line	Post-treatment	Follow-up	
			1-Year	2-Year			1-Year	2-Year			1-Year	2-Year
No. of binge days	16.3 (5.9)	4.3 (7.9)	6.5 (8.7)	5.8 (8.5)	16.6 (7.3)	3.8 (7.2)	4.3 (7.8)	3.7 (7.3)	16.1 (6.6)	3.7 (7.2)	4.8 (7.6)	4.3 (7.8)
BMI	36.8 (5.5)	35.4 (5.7)	36.0 (6.2)	36.3 (6.2)	36.2 (4.3)	36.1 (4.4)	35.7 (4.9)	35.7 (5.0)	36.3 (5.1)	35.9 (5.3)	35.9 (5.4)	36.1 (5.5)
Weight, kg	103.5 (22.6)	99.8 (23.2)	101.7 (25.2)	102.1 (24.6)	100.3 (14.0)	100.0 (14.1)	98.8 (15.1)	99.3 (15.6)	100.4 (18.6)	99.1 (18.3)	99.3 (19.0)	99.5 (18.7)
5% Reduction in weight, %	0	41	27	27	0	15	26	23	0	15	21	21
Global EDE score	2.8 (0.8)	2.1 (1.0)	2.2 (1.0)	2.0 (1.2)	2.7 (0.8)	1.7 (1.0)	1.7 (0.9)	1.7 (1.0)	2.8 (0.7)	1.8 (0.9)	1.9 (1.0)	1.7 (1.1)

Prise en charge diététique

Craving alimentaire et compulsions physiologiques

- Les régimes et la restriction cognitives entretiennent les troubles
- Il existe une tendance à la « psychologisation » des crises de boulimie qui sont pour partie physiologiques



Repérer les déclencheurs

- Contexte des crises : faim satiété, ennui crise de boulimie grignotage ...
- Entretien libre et/ou intérêt d'un agenda alimentaire

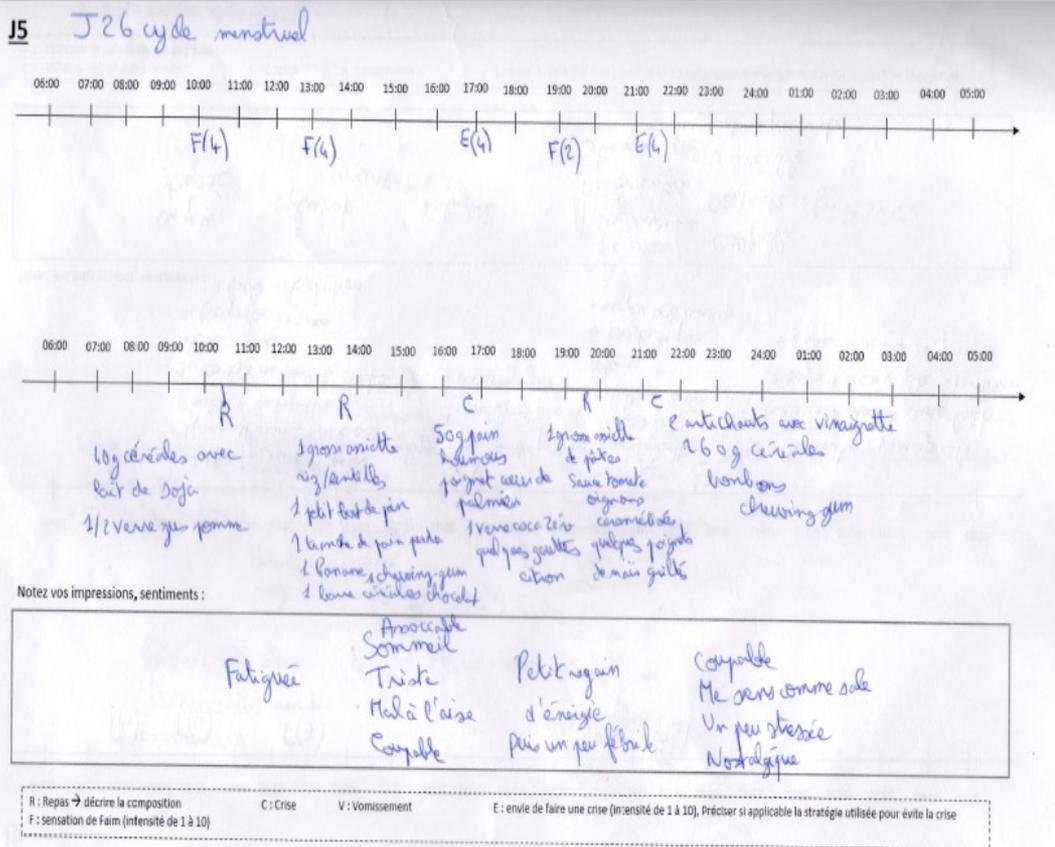


Tableau 4. Liste de déclencheurs de compulsions alimentaires (à compléter par le patient)

Déclencheurs alimentaires	Déclencheurs émotionnels
La faim	Le stress
Voir quelqu'un manger	La solitude
Les aliments interdits	L'inactivité/l'ennui
La préparation d'un repas	Le sentiment d'impuissance
Sentir des aliments	Un conflit

Structurer les repas et lutter contre la restriction cognitive

- **Ne pas prescrire de régime restrictif chez ces patients**
- **Structurer les repas**
 - **éviter les restrictions et organiser les courses (courses après le repas, éviter les aliments à risque)**
 - **répartir la nourriture quotidienne entre 3 repas et collations**
 - **Intervalles réguliers entre les repas et les collations pour que le temps entre les repas ne soit pas trop important.**

Conseils sur les sensations alimentaires

Manger attentivement et lentement :

- **Sans rien faire d'autre**
- **Se détendre avant et pendant le repas**
- **Utiliser des petits couverts**
- **Poser les couverts toutes les 3 bouchées**
- **Finir le (la) dernier(e)**

• **Questionnement sensoriel:**

- **Est-ce que ça me plait? Plaisir gustatif**

Centrage sur le goût

L'objectif est de remettre du contrôle dans la prise alimentaire

Centrage sur le goût

Permet de renforcer la perception du rassasiement et de s'arrêter de manger plus tôt

- **Déterminer la composition des plats: ingrédients, épices, sauces, cuisson, etc...**
- **Rechercher des caractéristiques des aliments qui ont bon goût pour le patient:**
 - **La vue: aspect, couleur, forme...**
 - **L'odorat**
 - **La saveur: salée, sucrée, amer, acide...**

L'objectif est de remettre du contrôle dans la prise alimentaire

Stratégie de contrôle alimentaire

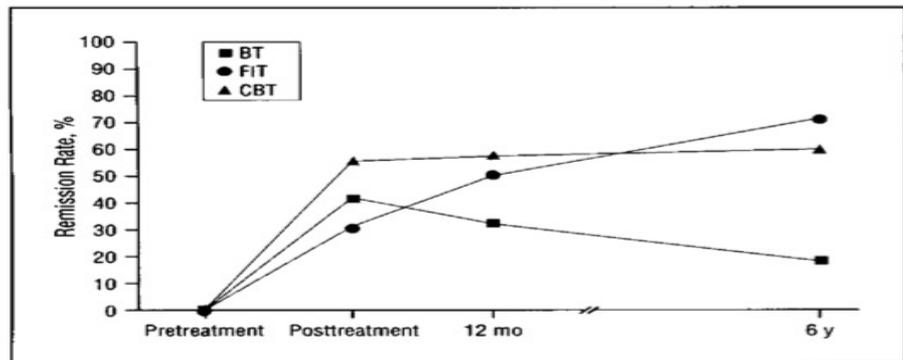
- En fonction des déclencheurs identifiés, discussion des «stratégies» qui aident à repousser ou éviter les grignotages et les crises alimentaires.
- Objectifs différents selon le stade de prise en charge :
 - Court terme: applicables immédiatement pour remplacer ou retarder la crise
 - Long terme: prévenir l'apparition de la perte de contrôle
- L'encourager ++ à tester ses propres stratégies

Tableau 5. Liste de stratégies pour retarder ou éviter une crise (à compléter par le patient)

A court terme	A long terme
Sortir de la maison	Voir des amis
Prendre une douche, un bain	Aller au cinéma
Téléphoner à un(e) ami(e)	Prévoir une sortie
Se reposer, dormir	Suivre un cours en fin d'après-midi

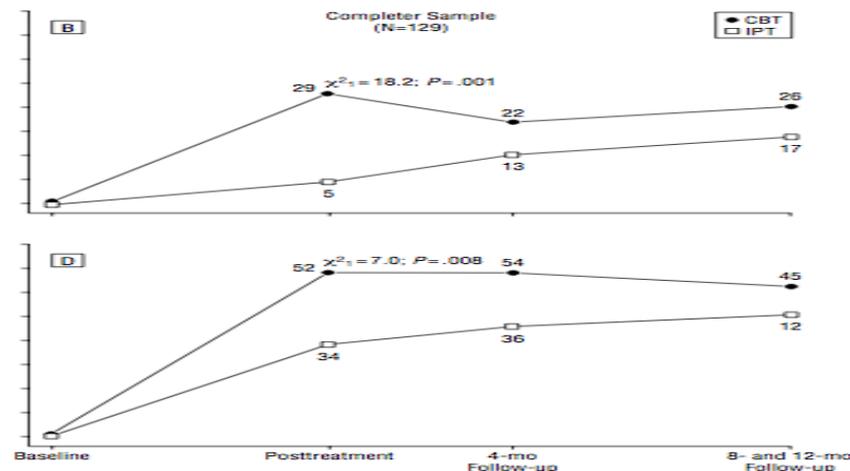
Approches psychothérapeutiques spécifiques

Psychothérapie dans l'hyperphagie boulimique



Remission rates (ie, proportion not meeting DSM-IV criteria for an eating disorder) in patients who received cognitive behavior therapy (CBT) (n=35), behavior therapy (BT) (n=22), or focal interpersonal therapy (FIT) (n=32). Mean (\pm SD) length of follow-up was 5.8 \pm 2.0 years.

Fairburn et al 1995



Agras et al 2000

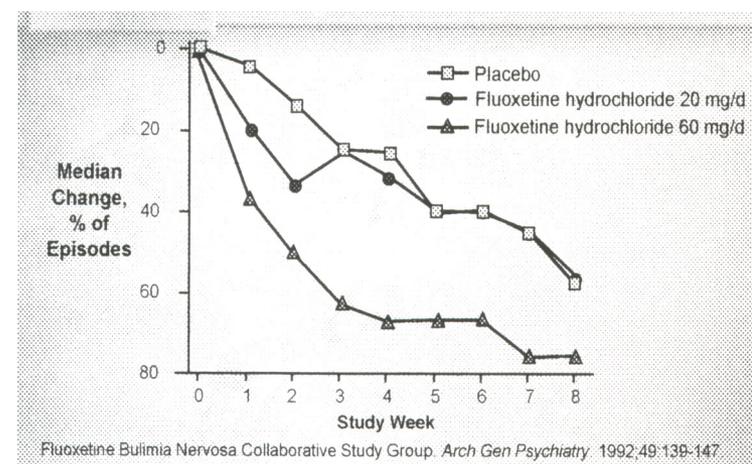
- **La TCC est**
 - Le traitement le plus efficace (niveau de preuve le plus important)
 - Efficacité stable dans le temps
- **Alternative (moins efficace): thérapie interpersonnelle**
- **En pratique deux problématiques:**
 - L'accès aux thérapeutes formés
 - L'arrêt prématuré

Critères d'orientation vers une TCC dans l'unité

- **Préparation psychologique initiale motivationnelle**
- **Lecture / self help**
 - Premier acte thérapeutique
 - Permet au sujet d'avoir une idée des approches TCC, d'évaluer les capacités d'adhésion
 - Permet d'augmenter l'adhésion au soins
 - Permet de « temporiser »
- **Prise en charge diététique initiale, le plus souvent avec carnet alimentaire**
- **Demande du patient**
- **Privilégier des patients euthymiques à l'initiation du programme**

Approches médicamenteuses spécifiques

Antidépresseurs



- **Efficacité supérieure au placebo mais peu de données à long-terme**
 - **Les doses sont supérieures à celle utilisée dans l'EDM (ex: 40-60 MG pour la fluoxétine; autres IRS possibles)**
 - **Durée de traitement : 9-12 mois**
 - **Ne nécessite pas d'avis spécialisé systématique**
 - **Cette prescription ne doit pas être isolée**
-
- **Traitement utile également en cas de comorbidités anxieuse ou dépressive**

Les points clés

- **Motiver au changement: évaluer la motivation, les résistances, les soutiens, aborder la question de la perte de poids**
- **Structurer les repas & éviter les restrictions**
- **Repérer les déclencheurs des crises et des compulsions: déclencheurs physiologique ou émotionnels**
- **Aider le patient à trouver ses propres stratégies pour retarder puis prévenir les compulsions**
- **Les TCC sont les traitements de référence mais difficultés d'accès et intérêt d'une préparation initiale**
- **Les seuls traitements médicamenteux spécifiques de premières lignes sont les ISRS fortes doses et doivent s'inclure dans un pec globale**