



HAL
open science

Anorexie mentale et/ou boulimie et grossesse, à propos d'un cas

Elodie Weber

► **To cite this version:**

Elodie Weber. Anorexie mentale et/ou boulimie et grossesse, à propos d'un cas. Médecine humaine et pathologie. 2009. hal-01887412

HAL Id: hal-01887412

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01887412>

Submitted on 4 Oct 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université Henri Poincaré, Nancy I

École de Sages-femmes Albert Fruhinsholz

Anorexie mentale ; boulimie et grossesse.



Egon Schiele]

A propos d'un cas.

Mémoire présenté et soutenu par

WEBER Elodie

Promotion 2009

Directrice de mémoire : Madame PICHON Marie-Laure.

Experte : Madame PIERRET Christine.

SOMMAIRE

Sommaire	4
Préface.....	6
Introduction.....	8
Partie 1	9
1. Etiologies:	10
1.1. Une approche comportementale et cognitive:	10
1.1.1. Les facteurs socioculturels:	10
1.1.2. Les prédispositions individuelles:	13
1.1.3. Le facteur familial:	16
1.2. Une approche psychanalytique:	17
1.2.1. Le conflit pulsionnel:	17
1.2.2. La pathologie de l'organisation de la personnalité:	18
2. Physiopathologie des TCA:	19
2.1. Anorexie mentale:	19
2.1.1. Description clinique: diagnostic:	19
2.1.2. Diagnostic différentiel:	22
2.1.3. Les données paracliniques:	22
2.1.4. Les formes cliniques :	23
2.1.5. Evolution et pronostic:	23
2.2. Boulimie:	24
2.2.1. Description clinique: diagnostic:	24
2.2.2. Diagnostic différentiel:	27
2.2.3. Les Données paracliniques:	27
2.2.4. Les Formes cliniques:	28
2.2.5. Evolution et pronostic:	28
3. Traitement:	29
3.1. Traitement du symptôme:	29
3.2. Traitement de la personnalité:	30
3.3. La thérapie familiale:	31
Partie 2	32
1. Methodologie de l'Enquete :	33
1.1. Présentation des objectifs :.....	33
1.1.1. Hypothèses posées :	33
1.1.2. Objectifs retenus :	33
1.2. Choix et modalités d'analyse de l'échantillon :	34
1.2.1. Choix de l'échantillon :.....	34
1.2.2. Construction d'un bordereau de recueil :.....	35
1.3. Méthodologie d'exploitation des données :	35
2. Etude à propos d'Un cas et analyse en lien avec les données de la littérature :..	36
2.1. Présentation du cas :.....	36

2.1.1. Eléments descriptifs de la patiente juste avant la conception :	36
2.1.2. Histoire de la maladie :	37
2.2. Place d'une grossesse dans l'évolution d'un symptôme anorexique et/ou boulimique :	39
2.2.1. A propos du désir de grossesse :	40
2.2.2. Obtention de la grossesse :	41
2.3. Influence de la grossesse sur le trouble alimentaire:	44
2.3.1. Caractéristiques de la conduite alimentaire durant la grossesse :	44
2.3.2. Répercussions pondérales de la conduite alimentaire :	45
2.4. Répercussions des troubles alimentaires sur la grossesse :	47
2.4.1. Les complications médicales :	47
2.4.2. Les remaniements psychologiques :	51
2.4.3. Les complications fœtales et néonatales :	53
2.4.4. Les complications obstétricales:	56
2.4.5. L'après naissance... ..	58
3. Pistes concernant la prise en charge :	65
Conclusion.....	67
Bibliographie	68
TABLE DES MATIERES	72
Annexe 1	74
Annexe 2.....	75
Annexe3.....	76
Annexe 4.....	77
Annexe 5.....	78
Annexe 6.....	81

PREFACE

Actuellement reconnu comme une réponse répétitive, systématique, univoque à un état de malaise psychologique, à une restriction, à une inhibition, les troubles du comportement alimentaire (TCA) sont en nette augmentation de fréquence dans les pays économiquement développés comme le notre. Ils déstructurent la personnalité, parasitent la vie relationnelle et dégradent la santé.

L'anorexie mentale concerne environ 1% des adolescents, tout sexe confondu, et dans neuf cas sur dix elle est à prédominance féminine. Quant à la boulimie, elle prédomine également chez les femmes (2% de prévalence dans la population générale féminine en France).

Interpellée par l'ampleur que prennent actuellement ces phénomènes dans notre société et par la souffrance qu'ils entraînent, je me suis interrogée à propos de la place et du vécu de la grossesse dans l'évolution de ces maladies. De plus, nous savons que la grossesse, par les modifications corporelles qu'elle engendre, peut constituer un passage difficile dans la vie d'une femme et l'être d'autant plus si ces troubles sont présents.

Les premières questions me venant à l'esprit ont été : « Comment opère le désir de grossesse lorsque le rapport au corps est tant faussé ? » ; « Qu'en est-il du désir d'enfant ? » ; « Comment dans l'anorexie mentale dont l'un des symptômes majeurs est l'aménorrhée une grossesse est-elle possible ? » ; « Avec les progrès de la procréation médicalement assistée (PMA), y'aura-t-il plus de femmes enceintes anorexiques et/ou boulimiques dans les années à venir ? » ; « La grossesse est-elle propice à la guérison de ces femmes ? » ; « Les TCA pèsent-ils sur la grossesse ? A quels niveaux ? » Quelles sont les particularités de prise en charge de ses troubles pendant la grossesse ? »...

Pour le savoir, j'ai décidé d'approfondir mes connaissances à propos de l'anorexie mentale et de la boulimie au cours d'une grossesse.

L'accomplissement du mémoire de fin d'études a été pour moi l'occasion d'amener ce projet à terme. [5] ; [8]

Introduction

Les TCA se manifestent sous forme de compulsions alimentaires et d'hyperphagie qui entraînent l'obésité, mais aussi sous forme de régimes à répétition, d'anorexie mentale et de boulimie. Nous nous sommes plus spécifiquement intéressés à l'anorexie mentale et à la boulimie qui sont des symptômes bien réels affectant une partie de la population, mais dont les mécanismes restent, pour la plupart d'entre nous, complexes.

Nous allons, dans un premier temps, décrire les « étologies » des TCA selon deux approches différentes. La première sera plus comportementale et cognitive citant les facteurs prédictifs pouvant être mis en cause et la seconde traitera plus le versant psychanalytique expliquant comment le conflit pulsionnel et l'organisation de la personnalité interviennent. A cela, nous ajouterons une information complète à propos de la physiopathologie de ces troubles et des moyens mis en œuvre pour y faire face.

Nous étudierons ensuite, l'évolution de ces symptômes ainsi que les répercussions de ceux-ci depuis le désir de grossesse jusqu'à l'après naissance. Une revue de la littérature appuyée par l'analyse d'un cas clinique nous permettra d'y parvenir.

Pour finir, nous proposerons une prise en charge adéquate au personnel soignant.

Partie 1

*Etiologies et
physiopathologie
de l'anorexie
mentale et de la
boulimie.*

1. ETIOLOGIES: [1] ;[5] ; [7] ; [8] ; [9] ; [11] ; [12] ;[13]

Les étiologies des TCA sont multiples et nécessitent une prise en charge multidimensionnelle.

En effet, souvent plusieurs professionnels de santé à disciplines différentes se mobilisent dans ce type de prise en charge (psychiatre, nutritionniste, médecin, sages-femmes...).

S'ils n'ont pas une approche commune dans la thérapie proposée, les chances de réussite du traitement sont amoindries. Qualifiée cette prise en charge de multidisciplinaire est possible du moment que chacune des disciplines concernées convergent en un même but : traiter le symptôme et la cause du symptôme.

Il est important de saisir la personne dans sa globalité, de comprendre son histoire pour mieux apprécier la fonction de son existence.

Nous aborderons donc dans un premier temps les TCA par une approche comportementale et cognitive puis nous décrirons les mécanismes étiopathogéniques qui mettent en jeu une approche psychanalytique.[1]

1.1. Une approche comportementale et cognitive: [1] ; [5] ; [7] ; [8] ; [9]

1.1.1. Les facteurs socioculturels: [1] ; [7] ; [8]

- **Contexte socioculturel des TCA:**

Actuellement, la culture occidentale dans laquelle nous vivons prône la minceur, la perfection, le contrôle de soi et la réussite. Alors que l'individualisme et l'indépendance sont mis en avant, ceux qui ont besoin de plus de solidarité sont mis de côté. Ce sont souvent ces personnes là qui vont vouloir se conformer aux « normes » que la société leur impose pourtant ce sont les plus fragiles (les plus à risque de développer un TCA).

Par ailleurs, les TCA ne se développent que dans les sociétés d'abondance et de surconsommation et non dans les pays « sous-développés » économiquement et industriellement parlant. Pour l'anorexique, il s'agit d'un refus de l'abondance assimilé à l'idée de gavage et pour la boulimique d'une perte totale de contrôle face à cette profusion. [1] ; [7] ; [8]

- **L'idéal féminin dans les différentes cultures:**

Autrefois, les corps bien en chair étaient glorifiés de par leur association à l'idée de fertilité et de sensualité. Si bien que les femmes rondes (fossettes au creux des reins, cuisses amples, ventre rebondi...) soulignaient leur embonpoint du nom de « coussinet de soie ».

Ce n'est qu'à l'approche du XXème siècle que commence à apparaître l'horreur du gros et du gras. Plusieurs époques se succèdent et la silhouette féminine idéale évolue au cours du siècle.

Les années 20 favorisent un corps gracile et dépourvu de poitrine ; c'est le temps des « flappers » (planches à pain).

Les douces courbes (grosse poitrine, taille fine et larges hanches) redeviennent plus attrayantes au cours des décennies 40-50.

A partir des années 60 jusqu'à aujourd'hui, les silhouettes longilignes et sveltes à l'extrême sont mises sur le devant de la scène par les médias. Une petite variante privilégiée à l'heure actuelle des muscles ramassés et une plus forte poitrine ce qui ne correspond toujours pas à l'aspect normal d'un corps de femme.

En parallèle à cet idéal esthétique de minceur, il existe une augmentation du poids moyen des femmes liée au progrès de la médecine et à l'amélioration de l'état nutritionnel. On observe ainsi un décalage entre idéal et réalité, ce qui expliquerait l'essor de l'industrie génératrice de produits diététiques.

Néanmoins, une question demeure toujours: « Pourquoi les femmes succombent-elles tant à ce standard culturel? »

Il serait facile de penser que ce n'est pour elles qu'une quête de ressemblance aux modèles posant dans les magazines mais c'est en fait bien plus complexe. A travers les images qu'ils nous transmettent, les médias véhiculent des messages insidieux qui assimilent la sveltesse à une garantie de bonheur et de bonne santé, une meilleure réussite professionnelle, un plus fort succès auprès de la gente masculine et plus de confiance en soi. Il s'agit, pour les adolescentes, d'un support d'identification très important et parfois très destructeur car tout cela peut mener à réduire la définition de la beauté et de la féminité à quelques mots: minceur, passivité, contrôle de soi et avidité de plaire.

Pipher estime que les TCA sont à la fois le résultat de, et une protestation contre les pressions qui promeuvent une extrême minceur: « Au début, la jeune femme se bat pour être mince et belle mais après quelques temps, l'anorexie prend le dessus et se vit pour elle-même. Par son comportement, une anorexique jette à la face du monde, « regardez comme je suis mince bien plus mince que vous ne le désirez. Vous ne pouvez pas me faire manger plus. Je suis maître de mon destin même si ce destin est d'être affamée. »

De toute évidence, nous vivons dans une société où les préjugés liés à l'excès de poids sont présents. [1]

- **Les préjugés liés au poids:**

Selon Kilbourne, notre culture a projeté sa peur de la faiblesse et du manque de contrôle de soi sur les obèses; ce sont nos boucs émissaires. Il n'est pas étonnant que les gens entament des régimes et développent une phobie du gras. [1] ; [5] ; [7] ; [8]

- **Glorification des TCA:**

Actuellement très médiatisés, les TCA se retrouvent sur le devant de la scène; des célébrités témoignent de leur problème. Certaines associent l'idée de minceur à un critère de réussite et de renommée ; elles vont jusqu'à créer leur site internet (site proana) revendiquant l'anorexie mentale comme mode de vie. Elles créent, de cette manière, une véritable fascination et provoque un effet de contagion. En effet, pour les plus vulnérables, il s'agit là d'un encouragement à perpétuer dans la quête de la sveltesse et de la perfection. Elles ne sont pas conscientes de l'aspect négatif qui a conduit ces personnes à un état de vulnérabilité physique. [1]

- **Les prescriptions sociales qui pèsent sur le comportement: à la recherche d'une identité:**

Comme l'affirme Mary Pipher, nous vivons dans une culture « dangereuse, sexuée et sur médiatisée ». Pour elle, ce n'est pas sans rapport avec l'augmentation de fréquence d'apparition des TCA. Celles qui se battent contre un TCA ne se contentent pas de contrôler leur poids mais elles ont appris à contrôler leurs passions, à cacher leurs besoins et leurs opinions pour être en sécurité et acceptées. Il ne faut pas négliger ces pressions sociétales afin de comprendre le climat culturel qui contribue à l'installation de TCA. [1] ; [7] ; [8]

- **Changer le rôle des femmes:**

A notre époque, on exige d'une femme qu'elle soit douce et forte à la fois, dépendante et indépendante. Tant de paradoxes qui entraînent des sensations de dépassement et d'incapacité à défier les lois de la vie « moderne ». Les termes perte de contrôle de soi et sentiments d'inefficacité sont récurrents dans la bouche des patientes atteintes de TCA. [1] ; [5]

1.1.2. Les prédispositions individuelles: [1] ; [5] ; [7] ; [8]

L'existence de certains traits de caractères ou d'expériences vécues dans la petite enfance serait susceptible d'influer sur l'apparition de TCA dans la suite de la vie.

Strober évoque une certaine constance de certains types de tempéraments et de personnalité chez les personnes au comportement alimentaire perturbé.

D'autres évoquent le fait d'être dans une population à risque par le vécu d'expériences traumatisantes dans l'enfance.

Nous allons lister ces différents facteurs et expliquer comment ceux-ci prédisposent un individu à adopter un comportement alimentaire pathologique.

- **Antécédents d'obésité avec régime:**

De nombreuses recherches ont montré qu'il y avait un lien entre le surpoids dans l'enfance et l'apparition de troubles alimentaires. Zerbe, Thomson et Fairburn ont successivement prouvé cette relation de cause à effet à travers leurs différentes études. Etre trop gros quand on est enfant expose au ridicule et à des critiques dictées par les préjugés sur l'obésité (« il mange trop », « il mange mal », « il ne fait pas assez d'exercices physiques »...). Ceci conduit dans bien des cas à l'entreprise de régimes à répétition dont le résultat (amaigrissement) est censé être payé d'une meilleure reconnaissance sociale. Le risque, si on tombe dans l'obsession serait de développer des TCA. [1]

- **Une précocité pubertaire mal vécue:**

Premièrement, les modifications « choquantes » du corps que génère une puberté prématurée (dépôt de graisse qui arrondit la silhouette) poussent certaines jeunes filles à réduire leur alimentation pour contrer la nature. Cela induit des comportements à risque de développer des crises de compulsions alimentaires.

On note également que dans notre culture, aucun rite de passage ne vient fêter les premières règles. On comprend alors que lorsque celles-ci apparaissent tôt à l'âge de 9 ou 10 ans, elles peuvent provoquer des réactions exacerbées : honte de son corps et encore plus de ses fonctions.

Enfin, les jeunes filles associent souvent l'apparition des premières règles à un sentiment négatif de perte. Ce qu'on entend par perte est la perte de l'innocence, de l'attention des autres et de la liberté. Pour illustrer cette idée, on peut parler de la relation de certaines fillettes avec leur père qui s'est modifiée au moment de la puberté ; une patiente qui l'a vécu l'exprime très bien à travers ses paroles : « Quand je suis devenue femme, je me suis sentie tout d'un coup inférieure. Je voulais être comme mes frères qui jouissaient de plus de libertés et qui avaient le droit d'être bruyants. Et puis mon père jouait toujours avec eux. J'avais l'impression d'avoir fauté quelque part et j'ai commencé à haïr mon corps parce qu'il me trahissait. » [1]

- **Faible estime de soi:**

L'estime de soi se définit comme la reconnaissance de sa valeur propre telle qu'elle s'exprime à travers les attitudes, les sentiments et les perceptions que l'on a de soi. Lorsqu'une personne a une mauvaise estime d'elle-même, elle a tendance à se déprécier, se sous-estimer et parfois même se haïr. Il n'est pas rare, dans ces cas là, de développer un comportement alimentaire anormal car le poids représente pour elle une variable visible et quantifiable par laquelle elles augmentent leur valeur personnelle. Si elles perdent le contrôle à ce niveau là le sentiment de dévalorisation s'accroît.

Un cercle vicieux s'installe mettant en jeu le combat contre le poids et la dévalorisation personnelle. Cela favorise l'apparition des TCA. [1] ; [5] ; [7] ; [8]

- **Types de personnalité:**

Certains types de personnalité sont plus à même de développer des TCA que d'autres. Nous nous pencherons plus particulièrement sur quatre aspects de ces personnalités à savoir: le **besoin excessif de tout contrôler**, le **perfectionnisme**, le **besoin d'être approuvé** et la **fragilité émotionnelle**.

La **soif de contrôle** s'exprime différemment dans l'anorexie et la boulimie. Alors que l'anorexique ne s'autorisera aucun faux pas dans sa conduite alimentaire et comportementale, la boulimique, elle, ne contrôlera aucune de ses pulsions.

La **tendance au perfectionnisme** est commune à l'anorexie et la boulimie. La sensation de ne pas être la meilleure est vécue comme une catastrophe pour ces femmes. Ce trait de caractère les pousse à fixer des objectifs irréalistes en matière de poids et de silhouette.

C'est d'ailleurs cette lutte pour la perfection qui les afflige au **besoin** constant d'**être approuvé** par les autres.

Une **grande fragilité émotionnelle** s'exprime souvent chez les patientes au comportement alimentaire perturbé mais elle n'est pas toujours reconnue car bien souvent à des stades avancés de la maladie l'émotivité a laissé place à la froideur. [1] ; [5] ; [7] ; [8]

- **Distorsions cognitives:**

Dans les TCA, les distorsions cognitives sont souvent présentées comme des idées irrationnelles, des pensées inopérantes et des raisonnements biaisés. Beck et ses collègues en 1979 ont défini les cognitions comme des pensées automatiques et coutumières qui opèrent de façon inconsciente et ont un impact sur les perceptions, les émotions et le comportement (*cf Annexe n°1*). [1]

- **Dépression:**

La dépression chez une patiente atteinte de TCA serait la résultante de la dénutrition, la perte de l'estime de soi et de la perturbation des relations interpersonnelles. [1]

- **Expériences traumatisantes dans l'enfance:**

Certaines études ont démontré l'existence d'un lien entre le vécu d'une expérience traumatisante dans l'enfance et l'apparition de TCA (Dandsky en 1997 et Deep en 1999). En 1993, Zerbe avance même que les conduites anorexiques et boulimiques seraient une stratégie de survie pour les personnes ayant vécu un traumatisme. La restriction alimentaire stricte chez les anorexiques est un moyen de concentrer son attention sur la nourriture et le poids et d'évincer les affects. Pour les boulimiques, les cycles d'alimentation compulsive suivie de vomissements, sont une manière pour le sujet d'apaiser l'anxiété et la fureur qui le submergent. [1]

1.1.3. Le facteur familial: [1] ; [9]

L'existence d'une structure familiale particulière et stéréotypée dans laquelle se développe plus souvent des TCA n'a pas été prouvée. [1]

Néanmoins, des études sur les familles d'anorexiques mettent en évidence la fragilité de la mère qui utilise l'enfant comme un soutien de sa propre existence, mais aussi et surtout la désertion du père dans sa fonction de tiers séparateur. La famille est souvent une famille exemplaire, de premier abord sans problèmes, où les conflits familiaux et les désaccords semblent ne pas exister. L'anorexie de la jeune fille s'inscrit

dans une histoire qui concerne plusieurs générations (il faut trois générations pour qu'une telle pathologie se déclare).

En ce qui concerne le contexte familial d'une patiente boulimique, on retrouve également un père plutôt effacé qui ne joue pas son rôle symbolique dans la triade à la différence que dans cette situation l'enfant se retrouve souvent dévalorisé et positionné comme une béquille de la mère (on est loin de l'enfant « parfait » et « sans problèmes » qui comble ses parents avant le début d'une anorexie).

A noter également que nos habitudes alimentaires sont inconsciemment façonnées par l'environnement familial dans lequel on grandit. C'est ce qu'on appelle la socialisation primaire :

- la mère (agit premièrement par la manière dont elle identifie les besoins de son enfant et la manière dont elle y répond et deuxièmement par la façon dont elle investit le corps de son enfant);
- le répertoire alimentaire familial qui varie en fonction de la religion pratiquée et de la culture ;
- l'attention portée autour du repas (convivialité, moment de plaisir et de partage ou corvée...);[1] ; [9]

1.2. Une approche psychanalytique: [11] ; [12] ; [13]

L'explication psychopathologique des TCA concernera dans un premier temps le conflit pulsionnel sous-jacent au symptôme puis se déplacera sur la pathologie de l'organisation de la personnalité et du lien.

1.2.1. Le conflit pulsionnel: [13]

D'après les premières découvertes des psychanalystes ayant eu à s'occuper d'anorexiques; une régression devant la sexualité génitale a été mise en avant.

Fénichel reprend cette idée et décrit un double mouvement affectant la sexualité génitale:

- L'un s'accompagne d'un déplacement des représentations génitales sur la sphère orale. Par celui-ci, les conduites alimentaires se trouvent érotisées et conflictualisées sur le mode du dégoût, avec inhibition et refoulement (manger est l'objet d'un puissant désir contrarié).
- L'autre plus régressif renvoie à l'analité; on y attache les rites alimentaires, les pensées obsédantes, les conduites de vérifications, la fécalisation des aliments, du corps et des besoins en général, un surinvestissement de la maîtrise ainsi que des relations d'emprise et de manipulation sur les objets.
- Les accès boulimiques sont d'avantage de l'ordre de l'oralité, le vomissement quant à lui condense des aspects liés à l'oralité et à l'analité. [13]

1.2.2. La pathologie de l'organisation de la personnalité: [11] ; [12] ; [13]

La problématique de l'identité est au coeur des TCA.

Diverses études psychopathologiques soulignent l'importance du conflit dépendance/autonomie et la fragilité identitaire de ces sujets en particulier Kestemberg et al qui mettent en avant les notions de « régression » et d'« organisation pulsionnelle » de la personnalité. En effet, paradoxes et contradictions caractérisent la personnalité de ces jeunes filles, exprimant leur volonté d'indépendance et s'installant simultanément dans des régressions narcissiques. Cela nous renvoie également au conflit mère/fille où l'on décrit souvent la dépendance d'un enfant à l'égard d'une mère qui lui fait prendre ses besoins à elles pour les siens propres. [13]

Après avoir évoqué l'anorexie mentale et la boulimie comme des entités à part entière, on peut tout aussi bien les classer sous forme de symptômes apparaissant dans des syndromes psychiatriques bien connus à savoir la dépression, la schizophrénie, les névroses (anxiété, hypocondrie, hystérie), les psychoses (refus alimentaire par peur d'être empoisonné dans la paranoïa). [11] ; [12]

2. PHYSIOPATHOLOGIE DES TCA: [1] ; [5] ; [7] ; [8] ; [14] ; [30] ; [31]

2.1. Anorexie mentale: [1] ; [5] ; [7] ; [14] ; [30] ; [31]

2.1.1. Description clinique: diagnostic: [1] ; [5] ; [7] ; [14] ; [31]

- **Triade symptomatique:**(les 3 A: anorexie, amaigrissement, aménorrhée).

- **Anorexie:** Elle se définit d'un point de vue strictement médical par un symptôme qui correspond à une perte de l'appétit. Ce symptôme peut s'observer dans de très nombreuses maladies organiques et psychiatriques. Quelle qu'en soit la cause, il peut conduire à la malnutrition et à ses complications. Le diagnostic d'anorexie mentale sera alors évoqué lorsque ce symptôme prend la forme d'une lutte active contre la faim associé à la mise en œuvre de stratégies pour maigrir.

- **Amaigrissement:**

Plus ou moins rapide, il sera apprécié par plusieurs éléments:

1/ Etude de la courbe de poids et de croissance: recherche d'une cassure.

2/ Recherche de signes cliniques de dénutrition: altération de la peau et des phanères (peau sèche, squameuse, mélanodermie, ongles cassants, chutes de cheveux), altération dentaire.

3/ Rétention hydrosodée (oedèmes des membres inférieurs : OMI).

4/ Hépatomégalie discrète.

5/ Glossite.

6/ Hypothermie.

7/ Calcul de l'indice de masse corporelle (IMC): poids en Kg/ taille au carré en mètre.

Normalement, l'IMC est compris entre 18 et 25. Lorsqu'il est compris entre 25 et 30 il y a un surpoids. Lorsqu'il est supérieur à 30 on parle d'obésité. La dénutrition est importante quand l'IMC est inférieur à 14 (risque vital qui impose en général une hospitalisation) et le risque de décès est encore augmenté quand celui ci est inférieur à 11. L'urgence de l'hospitalisation est décrite dans *l'annexe n°2*. [14]

L'anorexie et l'amaigrissement sont niés par la patiente car il y a distorsion de l'image du corps. C'est ce déni qui est fondamental pour le diagnostic et qui permettra de faire la différence avec un amaigrissement secondaire à une pathologie organique.

- **Aménorrhée:** elle constitue un élément important pour confirmer le diagnostic. Il sera de ce fait intéressant de décrire les différentes possibilités d'obtention d'une grossesse chez les anorexiques. [1] ; [5] ; [7] ; [31]

Un autre élément important permet de signer un diagnostic positif d'anorexie mentale quand la triade n'est pas complète: il s'agit de la difficulté à se dire des anorexiques pour qui la parole ne vaut rien au même titre que la nourriture. C'est ce qu'explique Carole Dewambrechies La Sagna lorsqu'elle évoque le rapport particulier de ces patientes à la parole (grande difficulté à se dire, un discours qui ne tourne qu'autour de la nourriture et du poids) qui est significatif de l'anorexie mentale et doit alerter le soignant.

- **Signes cliniques associés:**

- La **potomanie:** propension à boire de grandes quantités d'eau (plusieurs litres par jour). Elle est souvent masquée et doit être recherchée.

- Le **mérycisme**: rare et ayant une signification de gravité. Il correspond à un trouble des conduites alimentaires se caractérisant par des régurgitations et remastications des aliments.
 - Les **vomissements provoqués**: on retrouve une hypertrophie parotidienne chez ces patientes ainsi que le signe de Russel (cals métacarpiens).
 - La prise de **laxatifs** ou de **diurétiques** pour contrôler l'évacuation de nourriture. Ceci peut induire des troubles électrolytiques graves.
 - **L'hyperactivité physique avec méconnaissance de la fatigue.** [1] ; [7]
- **Signes somatiques:**
 - **Altération de la peau et des phanères et altérations dentaires** (vu ci-dessus dans les signes de l'amaigrissement).
 - **Métaboliques**: hypercholestérolémie, troubles ioniques.
 - **Cardiovasculaires**: pâleur, acrocyanose, froideur des extrémités, hypotension, bradycardie, arythmie.
 - **Endocriniens**: aménorrhée, ostéoporose, hypercarotinémié, anomalies de la régulation thermique (hypothermie).
 - **Gastro-intestinaux**: retard à l'évacuation gastrique, constipation, augmentation des enzymes hépatiques.
 - **Rénaux**: diminution de la filtration glomérulaire, lithiases rénales, oedèmes. [1]
 - **Contexte psychologique:**
 - **Hyperinvestissement** scolaire ou professionnel.
 - **Sexualité refoulée ou désinvestie.**
 - **Pauvreté de la vie relationnelle.** [1]

2.1.2. Diagnostic différentiel: [1] ; [7]

Les autres causes à évoquer devant une chute de poids brutale et excessive sont:

- Les affections entraînant une augmentation de la dépense énergétique comme l'hyperthyroïdie par exemple.
- Les affections associées à des apports énergétiques insuffisants comme des cancers, ou certaines maladies systémiques.
- Des pertes énergétiques anormales au niveau des reins ou du tube digestif comme dans le diabète, la maladie de Crohn ou la rectocolite hémorragique.
- Une diminution de l'absorption des nutriments énergétiques comme dans les syndromes de malabsorption.
- Des troubles psychiatriques tels que le syndrome dépressif susceptibles d'être responsable d'une importante fluctuation pondérale. [1] ; [7]

2.1.3. Les données paracliniques: [1] ; [7] ; [14]

Les examens complémentaires utiles en cas d'anorexie mentale sont:

- une numération formule sanguine (NFS) à la recherche d'une leucopénie et/ou d'une anémie hypochrome.
- Un ionogramme sanguin explorant le potassium (hypokaliémie), le chlore (alcalose hyperchlorémique: due aux vomissements, aux laxatifs ou aux diurétiques ou hypochlorémique) et le sodium (hyponatrémie pouvant évoquer la potomanie).
- Une protidémie, une glycémie et un bilan phosphocalcique.
- Un bilan thyroïdien (TSH, T3, T4) afin d'éliminer une affection thyroïdienne qui expliquerait l'état de la patiente.

- Un électrocardiogramme (ECG) montrant le retentissement d'une éventuelle hypokaliémie (troubles de repolarisation, troubles du rythme, QT long).
- Une radiographie pulmonaire (RP) recherchant une infection chronique.

Les *annexes n° 3 et 4* détaillent les signes de « gravité » liés à la dénutrition et les troubles métaboliques imposant l'hospitalisation. [1] ; [7] ; [14]

2.1.4. Les formes cliniques : [1] ; [5] ; [7]

- **Forme restrictive stricte:** dans cette forme la patiente ne succombe pas à l'impulsion boulimique. Elle est caractérisée par une restriction alimentaire abusive, une recherche sur la valeur calorique de tous les aliments qu'elle est susceptible d'ingérer.
- **Anorexie/boulimie:** concerne entre 20% et 50% des anorexies et donne à penser que l'anorexie est une lutte constante contre la faim et l'impulsion boulimique.
- **Anorexie tardive:** fait souvent suite à un épisode discret passé inaperçu à l'adolescence; elle se déclenche en général après le mariage et/ou la naissance du premier enfant; les éléments dépressifs y sont plus francs; classiquement, la tendance à la chronicisation s'accroît avec l'âge.

Il existe d'autres formes cliniques à savoir l'anorexie mentale du garçon, l'anorexie pré-pubère et l'anorexie mineure qui ne seront pas détaillées dans ce chapitre car elles ne serviront pas à la suite du mémoire. [1] ; [5] ; [7]

2.1.5. Evolution et pronostic: [1] ; [5] ; [7] ; [30]

L'évolution au long cours de ces patientes est intéressante à étudier afin d'apprécier le taux de guérison:

- 50% s'en sortent bien à très bien;

- 30% voient leur trouble évoluer vers la chronicité;
- 20% sont victimes d'une évolution catastrophique (décès dont les trois principales causes sont le suicide, la dénutrition et les troubles métaboliques). [30]

Le pronostic est multifactoriel.

Certaines études estiment que la guérison se définit par une reprise de poids, d'autres par la réapparition d'un cycle menstruel; les critères d'évolution sont en fait assez variés et restent difficiles à évaluer précisément. Malgré tout, on a pu souligner l'influence de certains éléments sur le pronostic.

Il dépend dans un premier temps de la durée de la maladie avant qu'elle ne soit prise en charge. Plus l'attente avant de se faire soigner est longue plus le pronostic s'assombrit car le trouble s'installe dans le déni de la personne affectée.

Le poids minimum atteint a également une importance fondamentale. Plus il atteint des valeurs basses, plus la sévérité du TCA augmente.

Enfin, la qualité du réseau relationnel est aussi un élément important dans l'évolution du trouble car l'introspection et l'isolement décroissent les capacités de reconstruction de la personnalité et les chances de rémission de la patiente. [1] ; [5] ; [7]

2.2. Boulimie: [1] ; [5] ; [8] ; [30] ;

2.2.1. Description clinique: diagnostic: [1] ; [5] ; [8]

La forme clinique la plus caractéristique est la forme compulsive normo-pondérale évoluant par accès (une à deux par semaine à plusieurs par jour) avec vomissements auto-provoqués.

Lors de la crise, il y a ingestion massive, impulsive, irrésistible, avec perte de contrôle, d'une grande quantité de nourriture richement calorique. L'accès boulimique se déroule suivant un scénario assez stéréotypé:

- Forte excitation préalable avec une sensation de faim dévorante, une angoisse, une irritabilité, un sentiment envahissant et oppressant qui font croire qu'il faut manger même si ce n'est pas de la faim. Il faut alors trouver de la nourriture immédiatement accessible et s'il n'y en a pas en acheter voire en voler.
- Ingestion rapide sans discontinuité, sans goût, en dehors des repas d'aliments choisis en raison de leur richesse calorique et surtout de leur caractère bourratif. La quantité prime toujours sur la qualité et le besoin d'engloutir sur la recherche de goût.
- Souvent à des moments de solitude ou en cachette.
- Déroulement d'un seul tenant jusqu'au malaise physique ou au vomissement (hypertrophie parotidienne et signe de Russel retrouvés cliniquement).
- Sentiments de honte et de dégoût de soi-même à la fin de la crise, culpabilité, s'accompagnant de douleurs physiques violentes surtout au niveau abdominales. Malgré cette souffrance et la conscience du caractère anormal de ce comportement, le malaise va vite être oublié, annulé, ce qui explique le déroulement répétitif des crises.

Avec le temps, les vomissements ne sont plus provoqués mais deviennent quasi-automatique. Après les vomissements, la boulimie peut reprendre tant que de la nourriture reste disponible.

La peur de grossir demeure constante et le vomissement n'est pas le seul moyen utilisé pour lutter contre. L'usage de différents médicaments (laxatifs, diurétiques, coupe-faim amphétaminiques et thyroïdiens) peut donner lieu à des abus considérables et à des complications somatiques graves. L'hyperactivité et la pratique intensive de sport peuvent tout autant être utilisées dans ce but.

Comme dans l'anorexie mentale, l'image du corps fait l'objet de préoccupations exagérées souvent obsédantes, mais il n'y a pas de distorsion massive de la perception de la réalité du corps. En général le poids reste normal ou un peu en-dessous des normes. Cependant, on retrouve des conduites boulimiques chez des obèses ou des patients ayant une surcharge pondérale modérée. [5] ; [8]

- **Signes somatiques:**

- **Métaboliques:** troubles ioniques, intoxication à l'Ipeca: plante médicinale d'origine brésilienne utilisée principalement en phytothérapie (à dose élevée, elle a une action vomitive et en cas de surdosage elle peut entraîner des diarrhées).
- **Cardiovasculaires:** conséquences cardiaques éventuelles de l'hypokaliémie.
- **Endocriniens:** irrégularité menstruelle.
- **Gastro-intestinaux:** dilatation, rupture de l'estomac, hypertrophie parotidienne, oesophagite, ulcération.
- **Pulmonaires:** fausses routes, pneumopathies de déglutition.
- **Atteinte dentaire** irréversible: érosion de l'émail, caries, gingivites provoquant le déchaussement des dents. [1] ; [5] ; [8]

- **Contexte psychologique:**

- Anxiété.
- Dépression qui peut aller jusqu'au suicide.
- Actes de kleptomanie parfois associés.
- Rupture des relations avec autrui. La boulimie occupe tout l'espace de vie.
- Absence d'intérêt pour la sexualité ou hypergénéésie avec multiplicité des partenaires sexuels.

- Dépendance exagérée aux parents et notamment à la mère avec volonté d'indépendance dans certains secteurs de la vie quotidienne. [1] ; [5] ; [8]

2.2.2. Diagnostic différentiel: [1]

Le diagnostic est avant tout positif et évident lorsqu'il est avoué. Aucune autre maladie ne prête à confusion.

Tout de même, il faut différencier la boulimie des fringales, grignotages et hyperphagies prandiales ainsi que des hyperphagies dans le cadre d'un diabète ou d'épisodes maniaques. [1]

2.2.3. Les Données paracliniques: [1]

Même si aucune autre maladie ne prête à confusion, il est utile d'explorer la kaliémie car le risque d'hypokaliémie existe, du fait des vomissements provoqués, avec ses conséquences cardiaques éventuelles. Un ECG est donc nécessaire pour explorer l'activité cardiaque.

L'amylase sérique peut être dosée afin de mettre en évidence l'effet de vomissements répétés. [1]

2.2.4. Les Formes cliniques: [1]

- **Boulimie normo pondérale:** il s'agit de la plus fréquente (70% des cas).
- **Boulimie avec obésité:** 30% lors de l'évolution.
- **Forme mixte anorexie/boulimie:** dans 50% des cas d'anorexie mentale une période de boulimie marque l'évolution.
- **Formes graves à type d'état de mal boulimique.**

A titre d'information la boulimie peut tout comme l'anorexie mentale toucher le sexe masculin. [1]

2.2.5. Evolution et pronostic: [1] ; [5] ; [30]

Pourtant moins bien connue que l'évolution de l'anorexie, une tendance se dégage et porte à considérer qu'elle est le plus souvent chaotique, comprenant de nombreux épisodes boulimiques qui ponctuent des périodes variables de rémission.

La chronicisation et la morbidité psychosociale apparaissent très importantes. Les tentatives de suicide sont plus fréquentes que dans l'anorexie.

Les complications somatiques peuvent être sévères (vu ci-dessus).

Tout comme pour l'anorexie mentale, le pronostic est multifactoriel.

On note cependant que les formes impulsives de boulimie constituent un facteur de pronostic négatif.

Sinon, ce qui constitue essentiellement le pronostic est la nature du trouble psychopathologique sous-jacent à la conduite alimentaire pathologique, la capacité de la personne à se reconstruire et la persistance ou non d'un environnement familial, amical, sentimental satisfaisant. [1] ; [5] ; [30]

3. TRAITEMENT: [2] ; [6] ; [14]

Retenons en premier lieu que dans ce type de trouble, la démarche thérapeutique doit avant tout être analytique et comportementale afin de pouvoir répondre intégralement aux objectifs du traitement. [2] ; [6]

Ces objectifs sont triples:

- **traiter le symptôme (TCA);**
- **traiter la personnalité;**
- **traiter les dysfonctionnements familiaux.**

3.1. Traitement du symptôme: [6] ; [14]

Il s'agit d'une priorité étant donné les conséquences physiques graves et parfois mortelles que ce symptôme est susceptible d'entraîner.

Dans l'anorexie mentale, le traitement est codifiable par le contrat de poids par lequel la patiente, ses parents et le médecin s'engagent à une reprise régulière du poids par les moyens les plus naturels possibles.

Si celui-ci ne peut être tenu en ambulatoire, la patiente est hospitalisée avec séparation totale de son milieu habituel (ni visites, ni courrier, ni téléphone) jusqu'à obtention du poids convenu. L'isolement ne s'applique au sein du service d'hospitalisation dont le but est au contraire, dans un cadre sécurisant, d'ouvrir le réseau relationnel de ces patientes. [6]

La réalimentation par sonde gastrique est réservée aux cas très dénutris, en situation de danger vital.

L'hospitalisation peut également être imposée par une situation d'urgence décrite dans *l'annexe n°2*. [14]

Le traitement symptomatique de la boulimie est, quant à lui, plus compliqué. L'hospitalisation est réservée aux cas les plus sévères: formes évolutives avec « état de mal boulimique », ou avec symptomatologie dépressive et/ou risque suicidaire. Il paraît être nécessaire de fixer d'emblée la durée et les objectifs précis de l'hospitalisation. Les approches nutritionnelles et diététiques s'avèrent souvent utiles et doivent s'articuler avec les approches psychothérapeutiques. [6]

3.2. Traitement de la personnalité: [2] ; [6]

Il constitue un complément indispensable au traitement précédent car il permet de considérer la patiente dans sa globalité et ainsi de contribuer à l'action durable sur la conduite symptomatique.

Les psychothérapies sont les plus appropriées dans ce domaine. Psychothérapie psychanalytique ou cognitivo-comportementale, tout dépend du thérapeute mais aussi de la personnalité des patientes.

La continuité relationnelle ainsi que l'idéalisation du thérapeute assurent un apport narcissique qui aide à restaurer le sentiment de valeur personnelle, constamment atteint chez ces patientes.

L'utilisation d'autres méthodes telles que la relaxation, les méthodes d'approche corporelle ou encore le soutien mutuel de groupes de patientes présentant les mêmes troubles sont souvent bénéfiques.

La chimiothérapie anti-dépressive et anxiolytique peut être un adjuvant utile dans les cas où les symptômes dépressifs ou anxieux occupent une place importante. A noter cependant: lorsqu'un affect dépressif se manifeste, il ne convient pas de se précipiter vers un traitement anti-dépresseur (en dehors des cas d'effondrement dépressif sévère) car il s'agit d'un moment privilégié où la patiente se met à nue et s'autorise à exprimer ses émotions, ses doutes, voire son désarroi jusque là cachés par sa « carapace » comportementale.

Les traitements par agonistes sérotoninergiques (*Prozac*) peuvent permettre l'abréviation transitoire d'une symptomatologie boulimique, par un effet direct sur le contrôle de la satiété. Malheureusement, l'échappement au traitement est souvent observé après quelques mois. [2] ; [6]

3.3. La thérapie familiale: [2] ; [6]

Le plus souvent, il est nécessaire de s'intéresser aux dysfonctionnements au sein des familles. Préexistant et/ou découlant du trouble, ils jouent un rôle plus ou moins grand dans leur entretien. Leur abord et leur traitement exigent au minimum un travail de consultations parentales et parents/patiente, parfois une véritable thérapie familiale.

La patiente est considérée comme le porte-symptômes des dysfonctionnements familiaux. Les objectifs sont, par conséquent, d'aider les familles à se défocaliser des symptômes alimentaires, d'assouplir les modalités les plus rigides et les plus pathogènes de communication, de faciliter la restauration propre d'une identité et de limites plus satisfaisantes chez chaque membre de la famille.

Le groupe de parents est également une formule intéressante en ce qui concerne les anorexiques. [2] ; [6]

Partie 2

*Etude à propos
d'un cas et analyse
en lien avec la
littérature.*

1. METHODOLOGIE DE L'ENQUETE :

1.1. Présentation des objectifs :

1.1.1. Hypothèses posées :

Les objectifs ont été construits sur la base de quelques hypothèses concernant le déroulement d'une grossesse chez les femmes anorexiques et/ou boulimiques.

Ces hypothèses sont :

- L'**obtention** d'une **grossesse** chez les anorexiques ou les boulimiques peut être compliquée de par l'**absence** ou la **perturbation** des **cycles menstruels**.
- Les TCA peuvent être responsables de **complications médicales, psychologiques, obstétricales** et **fœtales** pendant la grossesse et le post-partum.
- La grossesse est souvent à l'origine de **changements d'habitudes alimentaires** chez toutes les femmes. Elle doit donc avoir une influence sur le comportement des patientes anorexiques et boulimiques.
- Les **professionnels de santé autour de la maternité** peuvent éprouver certaines **difficultés** face à la **prise en charge** des ces patientes.
- La **prise en charge** de ces femmes nécessite **plusieurs intervenants à disciplines différentes** dans le but de **soigner** la personne dans sa **globalité**.

1.1.2. Objectifs retenus :

A partir des hypothèses formulées, nous retenons quatre objectifs que nous allons tenter d'atteindre à travers ce mémoire. Ces objectifs sont :

- De **décrire** les conditions d'**obtention** d'une **grossesse** quand l'**aménorrhée** et les **troubles du cycle menstruel** sont présents.

- De **caractériser les répercussions des troubles alimentaires actifs** sur la grossesse, l'accouchement et le post-partum.
- De décrire les variations **de la conduite alimentaire des anorexiques et boulimiques** au cours de la grossesse et du post-partum.
- D'apporter une **information claire et complète** aux professionnels de santé confrontés à ces patientes.
- De montrer qu'une **prise en charge de la personne dans sa globalité est nécessaire**. Aucun clivage corps/esprit ne peut être envisagé dans le traitement.

1.2. Choix et modalités d'analyse de l'échantillon :

1.2.1. Choix de l'échantillon :

Les critères d'inclusion de mon échantillon imposent la présence d'un TCA actif à type d'anorexie et/ou de boulimie au cours de la grossesse et un suivi complet à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy afin de pouvoir disposer plus facilement de tous les éléments de la prise en charge.

Les critères d'exclusion, quant à eux, éliminent toutes les femmes enceintes ne présentant pas uniquement un TCA ainsi que celles qui n'ont pas encore accouché.

Il est important de savoir que l'accès aux dossiers de ces patientes n'a pas été possible par le service du Département d'Information Médicale (DIM) car les TCA n'y sont pas recensés. L'étude ne sera par conséquent pas représentative de l'ensemble de la population prise en charge à la Maternité Régionale Universitaire.

Nous avons cependant, par la collaboration de Mme Pierret, diététicienne orientée par la psychanalyse dans le traitement des troubles alimentaires, pu avoir accès à l'identité de patientes présentant des TCA au cours de leur grossesse.

Dix cas ont été proposés pour l'étude, un seul a été retenu. Les neuf autres ont été exclus car ils ne correspondaient pas aux critères de sélection. Les motifs d'exclusion ont été :

- La présence de TCA ne se manifestant pas par anorexie mentale et/ou boulimie ;
- Un trouble inactif au cours de la grossesse.
- L'apparition d'une pathologie fœtale au cours de la grossesse (perforation intestinale non liée au trouble alimentaire) ;
- La présence d'un diabète insulino-dépendant ;
- La toxicomanie.

L'étude se fera par conséquent à propos d'un cas et les renseignements concernant ce cas seront fournis par le dossier médical et par les témoignages de Mme Pierret. Le recueil d'informations auprès de la patiente elle-même n'a pas pu être choisi car il semble délicat et intrusif. L'anonymat de la patiente est conservé tout au long de l'étude.

1.2.2. Construction d'un bordereau de recueil :

Le bordereau de recueil (*annexe n°5*) constitue une ligne de conduite dans la recherche des informations

1.3. Méthodologie d'exploitation des données :

Le but est de corréler les données de la littérature aux données recueillies à propos du cas étudié afin d'obtenir une information complète concernant les troubles alimentaires durant la grossesse de notre patiente et de répondre à l'ensemble des objectifs présentés auparavant.

2. ETUDE A PROPOS D'UN CAS ET ANALYSE EN LIEN AVEC LES DONNEES DE LA LITTERATURE :

2.1. Présentation du cas :

2.1.1. Eléments descriptifs de la patiente juste avant la conception :

- **Age :** 32 ans ;
- **Poids :** 40,4 kg ; **Taille :** 1m 60 ;
 - **IMC :** 15,8 que l'on interprète comme un signe de maigreur. Selon la littérature, la dénutrition est importante et le risque vital engagé lorsque l'IMC est inférieur à 14. A ce moment précis, on considère que Mme C. est une patiente maigre dont le pronostic vital n'est pas mis en jeu.
- **Situation familiale :** célibataire, vivant seule. Le père de l'enfant ne s'est pas manifesté suite à l'annonce de la grossesse par un message déposé par Mme C. sur son répondeur. Elle ne le voit plus.
- **Contexte socio-économique :** retrait de la vie sociale après arrêt de travail prolongé. La patiente est en invalidité du fait des crises boulimiques quotidiennes. Elle touche pour cela une pension « *Adulte handicapé* ».
- **Addictions :** tabac et pas d'autres co-addictions.
 - **Avant la grossesse :** un paquet par jour ;
 - **Pendant la grossesse :** cinq/six cigarettes par jour.

2.1.2. Histoire de la maladie :

- Contexte familial :

Aînée d'une famille de trois, Mme C. est la seule fille de sa famille. Issue d'une grossesse non désirée, elle grandit au sein d'une structure familiale dans laquelle la mère n'assume pas sa fonction maternelle. Le père, quant à lui, lui apporte beaucoup d'affection et prend le relais de ce que la mère ne parvient pas à apporter à sa fille. Petite, elle va chez une nourrice qui ne s'occupe pas bien d'elle : elle ne mange pas à sa faim et est maintenue de longues heures dans la chaise haute sans qu'on lui prête attention. Mme C. évoque cet épisode mais ne peut pas donner plus de détails car elle ne s'en souvient plus. Il y a beaucoup de vide dans sa tête concernant certaines périodes de sa vie. Elle a grandi dans une famille où l'on parle peu.

Dans la vie de cette jeune fille, les séparations d'avec sa famille sont sources d'immenses souffrances qu'elle ne comprend pas étant donnée la carence affective maternelle dont elle a été l'objet.

La première séparation douloureuse est une hospitalisation pour pneumonie lorsqu'elle est enfant, la suivante, est son entrée à l'internat en classe de seconde. A noter que cette séparation succède à un épisode familial difficile où sa mère perd sa propre mère et sombre dans une dépression (période durant laquelle la mère ne s'alimente plus que d'oranges).

Le trouble débute juste après la fin de ses études qui signe l'entrée dans la vie active, la vie d'adulte. Il s'agit là, d'un élément de rupture essentiel.

- Début d'apparition du trouble, signes cliniques et diagnostic posée :

Le trouble débute en 1991, la patiente est alors âgée de 19 ans.

La triade est présente :

- Anorexie : conduite restrictive pure avec lutte active contre la faim.

- **Amaigrissement** : chute du poids à 25 kg ce qui correspond à un IMC de 9,8 pouvant être interprété comme morbide avec un risque de décès accru imposant l'hospitalisation.
- **Aménorrhée** : aménorrhée secondaire car la patiente présentait jusque là des cycles menstruels réguliers depuis l'âge de 13 ans.

De plus, la patiente présente un rapport très particulier à la parole : elle éprouve de grandes difficultés à se dire.

Le diagnostic posé est celui de l'**anorexie mentale restrictive** d'apparition **tardive**.

- **Mode de prise en charge** :

Plusieurs hospitalisations forcées dans différents hôpitaux (Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Brabois, Hôpital Central à Nancy, Hôpital Jeanne d'Arc à Dommartin-les-Toul) se succèdent. On y entreprend essentiellement des thérapies de renutrition. Les suivis psychiatriques sont débutés mais toujours avortés.

La prise en charge en hospitalisation est difficile du fait de la succession de sorties contre avis médical. La patiente se sent enfermée, emprisonnée comme coupable d'un crime. Elle ne ressent ni compréhension, ni écoute de la part du corps soignant.

L'ensemble des suivis psychiatriques proposés n'aboutissent pas. Elle éprouve une grande angoisse à l'égard des psychiatres et dit avoir été victime d'interprétations hâtives concernant son anorexie et son silence autour de cette question. Le transfert s'établit sur le versant négatif ; Mme C. perçoit le personnel comme persécutant.

- **Evolution du trouble alimentaire** :

Le trouble évolue vers la boulimie qui se manifeste par plusieurs crises par jour suivies de vomissements sur plusieurs années. Un épisode d'anorexie s'y intercale en

2000, le poids rechute à 25 kg. A l'aube de la conception, l'anorexie/boulimie est toujours présente.

Concernant l'histoire de la maladie, nous n'avons pas pu recueillir plus d'éléments. Toutefois, les informations obtenues ont permis d'apprécier le climat environnemental qui entoure la patiente, de s'imprégner de la souffrance de cette dernière et de connaître l'évolution du symptôme de son apparition à son état avant la grossesse. Une question se pose à nous :

➤ *Quelle est l'influence d'une grossesse sur les TCA ?*

Avant d'y répondre, nous allons nous intéresser au désir de grossesse et aux conditions d'obtention de cette dernière chez les femmes présentant des TCA.

2.2. Place d'une grossesse dans l'évolution d'un symptôme anorexique et/ou boulimique : [3]

Lorsqu'on parle de la place d'une grossesse chez les femmes anorexiques et/ou boulimiques on pense aussi bien à la place psychologique que physiologique.

Cela nous amène à nous poser deux questions fondamentales :

➤ *Qu'en est-il du désir de grossesse chez les femmes souffrant d'un TCA ?*

➤ *TCA et grossesse comment est-ce possible sur le plan physiologique ?*

2.2.1. A propos du désir de grossesse : [3]

- Mme C. pense à la grossesse mais se dit : « *Ce n'est pas pour moi, ça ne m'arrivera jamais. Les médecins m'ont dit que c'était impossible* ».

Par ailleurs, on sait qu'il y a une reprise des règles en 2003 (période durant laquelle l'activité du trouble alimentaire est intense et se présente sous forme d'anorexie/boulimie), qu'elle ne prend pas de moyen de contraception et que le début de sa grossesse se situe en juin 2004.

Cela tend à penser que même si la grossesse n'est pas programmée elle n'en demeure pas moins acceptée et désirée par un désir inconscient très fort. Lors d'un de ses entretiens, elle mentionne qu'elle accueille cette grossesse comme un miracle.

- Dans la revue de la littérature, on retrouve que le désir de grossesse peut apparaître tant chez les femmes souffrant de TCA que chez les autres, même si la grossesse reste perçue comme une perte de contrôle par les modifications corporelles qu'elle engendre, à savoir, prise de poids inévitable avec augmentation du périmètre abdominal et du volume mammaire.

La moitié des femmes anorexiques interrogées considèrent que la grossesse peut avoir un impact positif sur leur maladie, leur apportant plus de maturité tandis que 25% expriment leur hostilité à l'égard de l'enfant et de la grossesse.

Chez les boulimiques, la grossesse est moins souvent planifiée que chez les anorexiques. La survenue d'une grossesse, même désirée, gêne la femme boulimique qui a un souci extrême de son poids et de son apparence corporelle ainsi qu'une crainte phobique de grossir.

Toutefois, de nombreuses femmes anorexiques et/ou boulimiques considèrent que la grossesse sera l'occasion de prendre des responsabilités, que la maternité leur apportera un sentiment de plénitude et qu'avoir un enfant les aidera à surmonter leur trouble alimentaire (**Lemberg & Phillips, 1989**). [3]

- Au niveau du désir de grossesse, Mme C. se situe parmi la grande majorité de femmes souffrant de TCA. Son désir à elle est inconscient mais bien présent.

Comme pour la plupart des patientes boulimiques, sa grossesse n'est pas planifiée, elle est surprise suite à l'annonce de cette grossesse et développe des inquiétudes quant à ses capacités à devenir mère.

Elle ne fait pas partie des nombreuses femmes qui considèrent que la grossesse sera l'occasion de surmonter le trouble alimentaire.

Nous pouvons conclure en soulignant que Mme C. ne suit pas le schéma classique de ce que nous retrouvons dans la littérature. Cela tend à penser qu'il n'y a pas de schéma type en ce qui concerne l'anorexie mentale et la boulimie et que le désir et l'abord de la grossesse se manifestent à chacune de ces femmes en fonction de leur histoire personnelle.

Après avoir situé la place du désir de grossesse, nous allons en déterminer les conditions d'obtention.

2.2.2. Obtention de la grossesse : [3]

Une nutrition adéquate est essentielle pour une fonction de reproduction normale chez l'Homme. La réapparition et le maintien des cycles ovulatoires exigent un taux minimum de graisse. Il serait logique de considérer les femmes anorexiques comme infertiles l'aménorrhée faisant partie intégrante de la triade Cela nous renvoie à une question importante:

- ***Pour Mme C.***, chez qui le trouble a évolué vers la boulimie, l'aménorrhée persiste pendant douze ans de 1991 à 2003. La reprise des règles se fait suite à des séances d'acupuncture.

➤ ***Nous émettons l'hypothèse que Mme C. désire se prendre en charge et nous nous posons la question de savoir si cette initiative constitue un facteur prédictif positif dans l'évolution de sa maladie ?***

La grossesse est finalement d'apparition spontanée. Nous ne disposons pas d'informations concernant son délai d'obtention.

- **Les éléments apportés par la bibliographie :**

- ***Anorexie mentale et grossesse...comment est-ce possible?***

Nous allons répondre à cette question en décrivant les différentes possibilités d'obtention de grossesse chez l'anorexique.

Une grossesse spontanée ne peut évidemment être envisagée qu'après la réapparition de cycles menstruels. En général, ces cycles menstruels ont repris mais de façon irrégulière. Ceci implique donc un état nutritionnel stable et une reprise pondérale suffisante et durable.

Il s'agit le plus souvent de patientes dont les symptômes ont évolué vers la boulimie ou de patientes partiellement guéries (ou en voie de l'être). Comme nous avons pu le mentionner, les critères de guérison ne s'appliquent pas seulement à la disparition de la triade mais aussi à l'évolution de la personnalité. Ainsi la grossesse ne peut pas, à elle seule, confirmer la guérison.

L'apparition d'une grossesse pendant une anorexie active, sans aucun cycle menstruel présent, est fréquemment le résultat d'une démarche d'aide médicale à la procréation par induction d'ovulation. Il arrive souvent que cette démarche se fasse sans que le trouble alimentaire ait été recherché (part importante de déni de la maladie). [3]

D'après les possibilités que nous venons de citer, l'évolution du symptôme vers la boulimie serait un critère d'obtention de grossesse,

- ***Boulimie et grossesse...comment cela se passe t'il le plus souvent?***

Comme pour l'anorexique, les troubles de la menstruation peuvent entraver le désir de grossesse. Par contre, dans le cas de la boulimie ces troubles sont exprimés dans un tiers des cas par une aménorrhée et dans deux tiers des cas par des irrégularités menstruelles souvent à type d'oligoménorrhée. Ils sont la conséquence d'un dysfonctionnement de l'axe hypothalamo-hypophyso-ovarien.

La grossesse est possible:

- Si la femme souffre d'irrégularités menstruelles car l'ovulation persiste.
 - Par recours à une aide médicale à la procréation (induction d'ovulation) pour celles qui sont en aménorrhée. [3]
- Nous pouvons conclure par le fait, que l'ovulation peut s'obtenir de différentes façons :
 - Par acupuncture et évolution de l'anorexie vers la boulimie pour notre patiente ;
 - Par évolution des symptômes vers la boulimie pour les anorexiques en général ;
 - Par stimulation ovarienne au cours d'une démarche d'aide médicale à la procréation.
- *Une fois la grossesse obtenue, il serait intéressant d'en connaître l'évolution...*

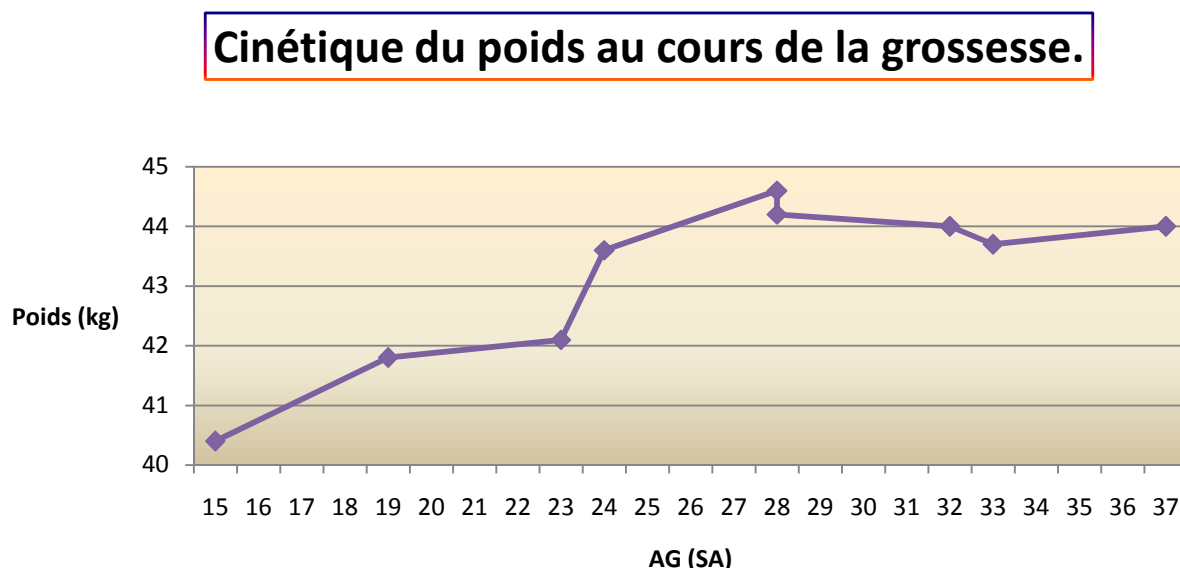
2.3. Influence de la grossesse sur le trouble alimentaire: [10]

2.3.1. Caractéristiques de la conduite alimentaire durant la grossesse :

- **Premier trimestre :** les troubles alimentaires sont présents et suivent le schéma suivant au quotidien :
 - Petit déjeuner léger ;
 - Restriction active à midi ;
 - Préparation du repas le soir suivi d'une perte de contrôle lors du dîner puis vomissement.
- **Deuxième trimestre :** aucune amélioration du comportement alimentaire.
- **Troisième trimestre :** période d'amélioration d'un mois au début du trimestre avec une réduction de la fréquence des crises boulimiques à deux par semaine puis réaggravation du trouble jusqu'à l'accouchement.

2.3.2. Répercussions pondérales de la conduite alimentaire : [1]

Avec ce rythme de vie, la **prise de poids totale** au cours de la grossesse est de **3,6 kg** et suit la cinétique présentée sur la courbe ci-dessous :



On observe des cassures dans cette courbe de poids (« + **4,2 kg** » de **15 à 28 SA** et « - **0,6 kg** » jusqu'à terme). La perte de poids à partir de 28 SA correspond à la période de présumé « amélioration du TCA ». Cela suscite des questions :

- *N'y a-t-il pas eu une période d'anorexie stricte au 7^{ème} mois ?*
- *Peut-on vraiment parler d'amélioration ?*

Par ailleurs, on sait que le gain pondéral recommandé est de 4 à 5 kg dans la première moitié de la grossesse et 1 à 2 kg par mois en fin de grossesse qui profite principalement au fœtus et au placenta.

De plus, le *Programme National de Nutrition Santé*, considère que pour une femme de poids normal un gain pondéral de 12 kg au cours de la grossesse est « idéal » et en

cas de maigreur, un gain pondéral supérieur à 12 kg est nécessaire à une croissance fœtale optimale. [10]

Si l'on se réfère à ces informations, Mme C. aurait du prendre plus de 12 kg puisque son IMC de base est de 15,8 et qu'elle se place dans la population des femmes maigres.

En conclusion, on peut dire que la prise de poids est insuffisante essentiellement en fin de grossesse puisqu'à partir de 28 SA jusqu'à l'accouchement Mme C. perd 600 grammes.

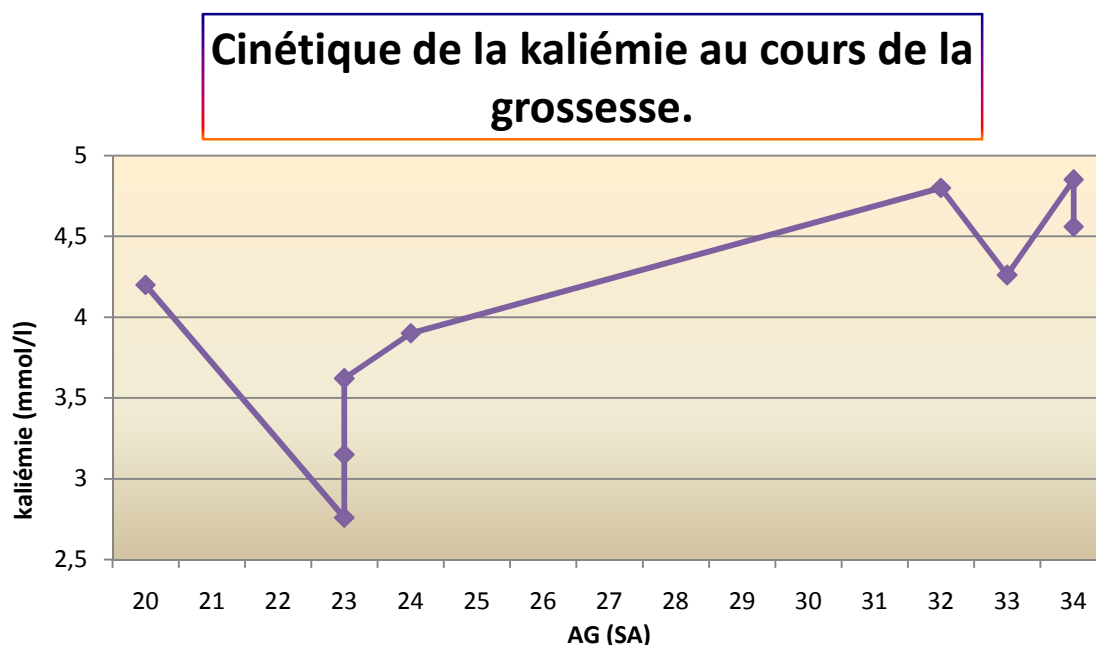
➤ *Cette perte de poids durant le dernier trimestre aura-t-elle une répercussion sur la croissance fœtale sachant qu'il s'agit d'un trimestre essentiel pour cette dernière ? Nous allons le vérifier plus tard.*

2.4. Répercussions des troubles alimentaires sur la grossesse : [10] ; [32]

2.4.1. Les complications médicales :

Les complications médicales retrouvées chez Mme C. sont celles liées à la dénutrition et aux vomissements qui figurent en première partie. Nous citerons celles retrouvées dans notre cas et en préciserons l'évolution au cours de la grossesse.

- Hypokaliémie :

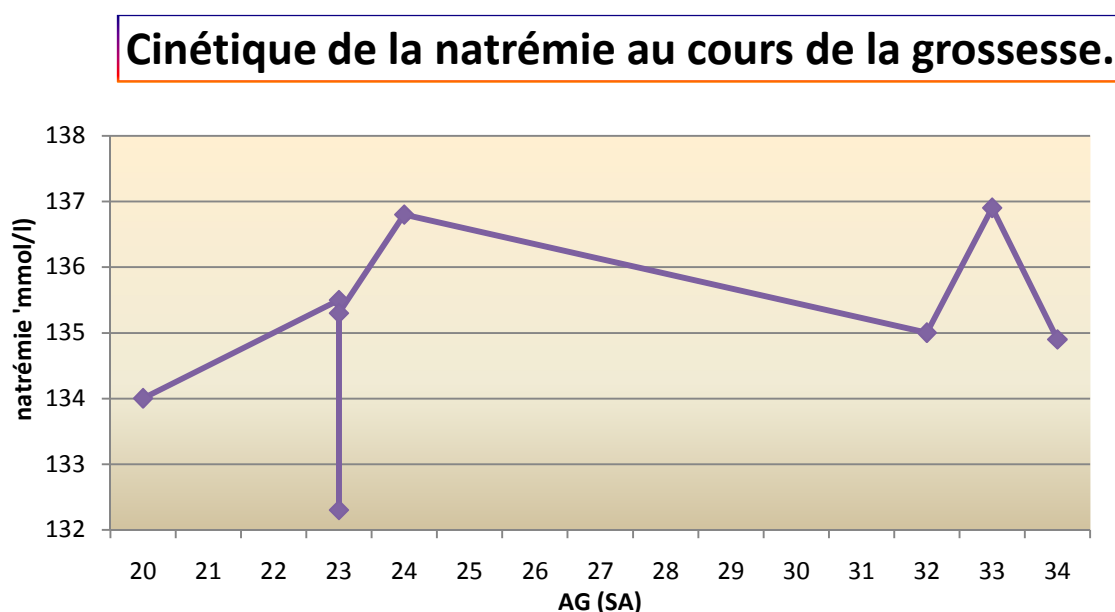


La valeur seuil au dessous de laquelle la patiente se retrouve en hypokaliémie se situe à **3,60 mmol/l**. L'hypokaliémie est présente à **23,4** et **23,6 SA** pour des valeurs respectivement égales à **2,76** et **3,15 mmol/l**. La patiente subit à ce moment là une rééquilibration hydroélectrolytique (*cf annexe n°6*) par voie veineuse puis reçoit un relais per os de *Diffu K* jusqu'à l'accouchement. Les doses de *Diffu K* sont réadaptées tout au long de sa grossesse en fonction de sa kaliémie. Le traitement s'avère être efficace.

L'hypokaliémie légère ou modérée est habituellement asymptomatique, elle peut toutefois altérer les fonctions du muscle cardiaque en provoquant des arythmies ventriculaires qui peuvent aller jusqu'à la fibrillation ventriculaire et même l'arrêt cardiaque. Les troubles du rythme se détectent à l'ECG. [32]

L'ECG pratiqué suite à l'épisode d'hypokaliémie est tout à fait normal : il présente un rythme sinusal régulier non bradycarde (73 bpm), un axe qrs normal, un bloc incomplet droit et aucun trouble de la repolarisation.

- **Hyponatrémie :**

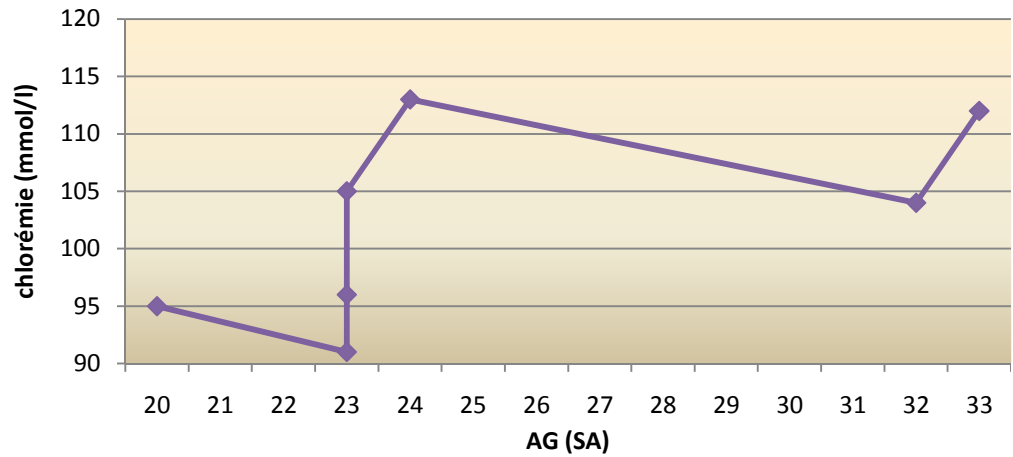


Les valeurs normales se situent entre **135** et **145 mmol/l**. Une **hyponatrémie sévère** se définit par des **valeurs inférieures** au seuil de **115 mmol/l**. Dans les troubles alimentaires, l'hyponatrémie peut être le reflet d'une potomanie et/ou de la consommation exagérée de diurétiques. C'est la raison pour laquelle on s'intéresse à son dosage.

Les valeurs de la natrémie de Mme C. sont souvent à la limite ou en dessous de seuil inférieur de 135 mmol/l mais elle ne présente pas d'hyponatrémie sévère.

- Hypochlorémie :

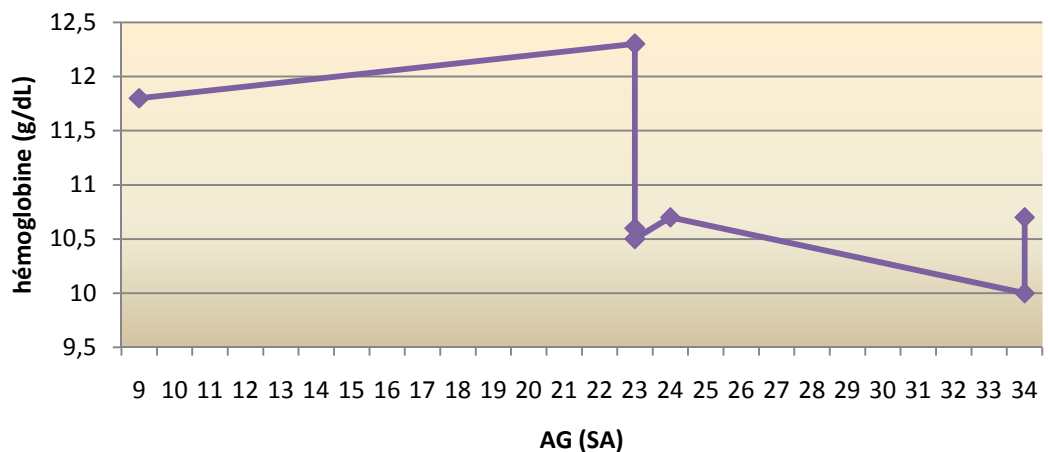
Cinétique de la chlorémie au cours de la grossesse.



Les valeurs normales d'une chlorémie se situant entre **101** et **111 mmol/l**, on constate sur cette courbe que l'hypochlorémie de Mme C persiste jusqu'à 23,6 SA mais on ne situe pas le début du problème.

- Anémie normochrome normocytaire :

Cinétique de l'hémoglobine au cours de la grossesse.

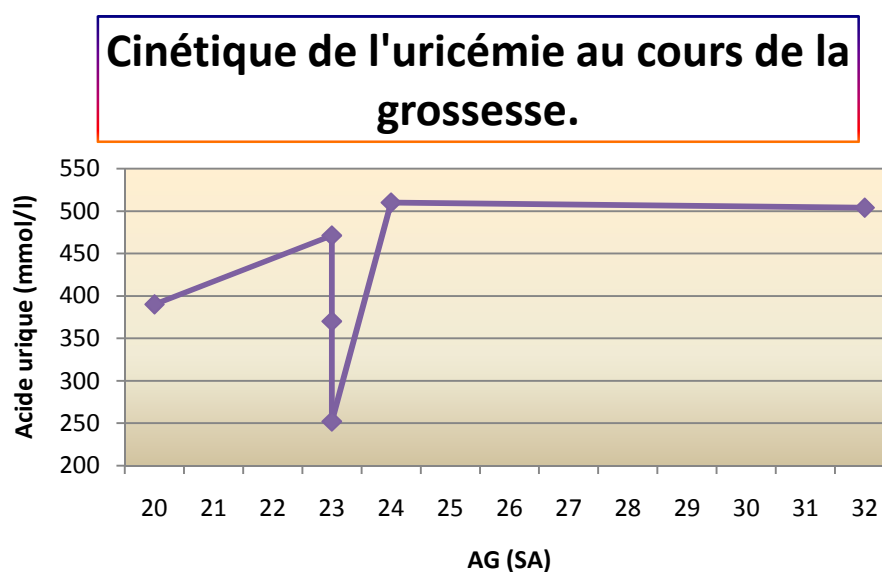


Une recommandation de l'Anaes (1997) fixe le seuil de l'anémie à **11g/dL** et celui d'anémie sévère à **8g/dL**. [10] Selon ce seuil, Mme C. est anémique à partir de 23,3 SA.

La **moyenne** du **VGM** lors de ses bilans est de **92** et la **ferritinémie** est à **47 $\mu\text{mol/l}$** ; l'**anémie** est bien de type **normochrome, normocytaire** non sévère. Cela nous évoque une carence en fer et en folates qui a été traitée par **Tardyféron 80 mg (2 cp/j)** et **Spéciafoldine 0,4 mg (2 cp/j)**. Face à une anémie persistante avec chute constante du taux d'hémoglobine depuis le début du traitement (23,4 SA), nous nous questionnons quant à l'observance de celui-ci :

- *Les comprimés sont-ils pris régulièrement ?*
- *Les comprimés sont-ils pris à des moments de la journée où la patiente se fait vomir ?*

- **Insuffisance rénale :**



Les valeurs normales se situent entre **155** et **357 $\mu\text{mol/l}$** . Mme C. présente une hyperuricémie persistante qui peut s'expliquer par une diminution de la filtration glomérulaire induit par le jeûne.

De plus, à 34,4 SA cette hyperuricémie est associée à une augmentation des transaminases avec pour valeurs des ASAT ALAT 59 et 70 UI/l.

Face à ce tableau biologique, nous craignons une pré-éclampsie asymptomatique (pas d'OMI, patiente normotendue avec TA aux alentours de 10/6) mais l'absence de protéines dans les urines permet d'éliminer cette hypothèse.

L'hyperuricémie et l'augmentation des enzymes hépatiques sont le reflet du trouble alimentaire.

- **Perturbation du bilan thyroïdien :**

Cette perturbation se situe lors du 3^{ème} trimestre de la grossesse sachant que la patiente n'est pas atteinte d'une affection thyroïdienne auparavant.

- **Bilan du 10/02/05 :**

- TSH : **0,09** mUI/l ; (0,15 à 3,70 mUI/l)
- T4 libre : 14,1 pmol/l ; (9 à 20 pmol/l)

La diminution de la TSH au troisième trimestre sans antécédent de pathologie thyroïdienne évoque au médecin la consommation d'extraits thyroïdiens pouvant mettre la patiente en hyperthyroïdie (augmentation du métabolisme basal et du nombre de calories éliminés). La patiente nie. Les risques fœtaux et maternels d'un tel geste lui sont tout de même expliqués et le bilan se normalise le 14/02/05.

- **Bilan du 14/02/05 :**

- TSH : 0,15 mUI/l ; (0,15 à 3,70 mUI/l)
- T4 libre : 13,6 pmol/l ; (9 à 20 pmol/l)

2.4.2. Les remaniements psychologiques :

- **Mme C.**, éprouve un blocage envers les psychologues et psychiatres. Il s'exprime par son absence à son rendez-vous chez la psychiatre de la maternité et par le refus de revoir la psychologue qu'elle rencontre une fois au cours de sa grossesse. Malgré tout, une psychothérapie débute avec la diététicienne (Mme. Pierret). Cela se

traduit par la mise en place d'un suivi hebdomadaire au cours duquel une conversation à orientation psychanalytique s'installe entre la patiente et sa thérapeute. Ce suivi n'aboutit pas à de grands changements concernant les remaniements psychologiques si ce n'est que la patiente prend conscience qu'elle ne peut pas s'en sortir seule et qu'elle a besoin d'aide. De plus, elle découvre les effets bénéfiques de la parole ce qui n'est pas négligeable dans un tel contexte.

- *D'après la revue de la littérature*, l'essentiel des remaniements psychiques d'une grossesse évoluant sous l'anorexie et/ou la boulimie sont les mêmes que ceux d'une grossesse « normale ». Ils sont gouvernés par le mécanisme de « transparence psychique » à partir duquel des conflits inconscients enfouis jusqu'alors resurgissent et induisent un dénouement qui libère la parole. Cette libération peut être à la base de l'atténuation des symptômes de la maladie. [3]

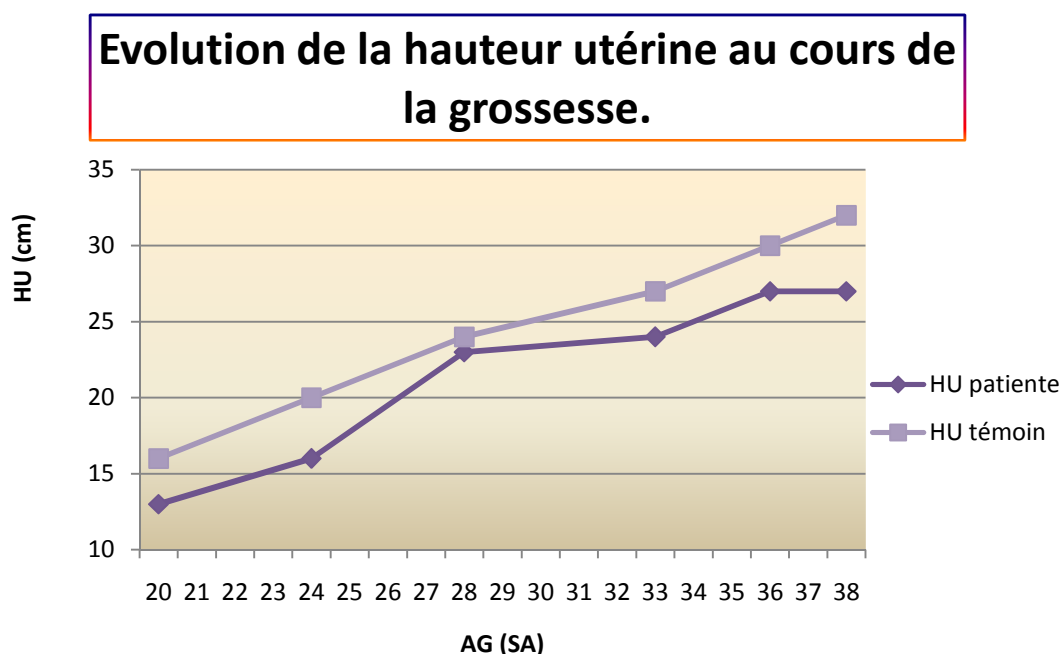
- Il est important de retenir que la grossesse chez les patientes anorexiques et/ou boulimiques est un moment clé pour accéder à la parole grâce aux dénouements occasionnés par la transparence psychique. Ces remaniements sont susceptibles de contribuer à l'atténuation des symptômes de la maladie.

Néanmoins, cette idée n'est pas applicable à toutes les patientes car si on prend le cas de Mme C., on constate que même si au cours de sa grossesse elle accède à la parole, son trouble alimentaire persiste avec la même intensité. Cela peut s'expliquer par le fait qu'un travail de parole s'effectue dans la durée et que le temps d'une grossesse n'est pas suffisant.

2.4.3. Les complications fœtales et néonatales : [15] ; [16] ; [17] ; [18] ; [20] ; [23]

- Pour notre cas, la seule complication fœtale retrouvée est le retard de croissance intra utérin (RCIU). Le bilan étiologique effectué élimine les éventuelles causes infectieuses, malformatives, génétiques et chromosomiques. Ce retard de croissance est par conséquent associé à deux éléments qui sont respectivement la restriction alimentaire et le tabagisme.

- Diagnostic clinique : c'est la mesure de la hauteur utérine (HU) qui permet en premier lieu de repérer un retard de croissance. Le graphe ci-dessous représente deux courbes. L'une correspond aux valeurs des HU de Mme C. à un âge gestationnel (AG) donné (HU patiente) et l'autre aux valeurs considérées comme « normales » au même AG (HU témoin).

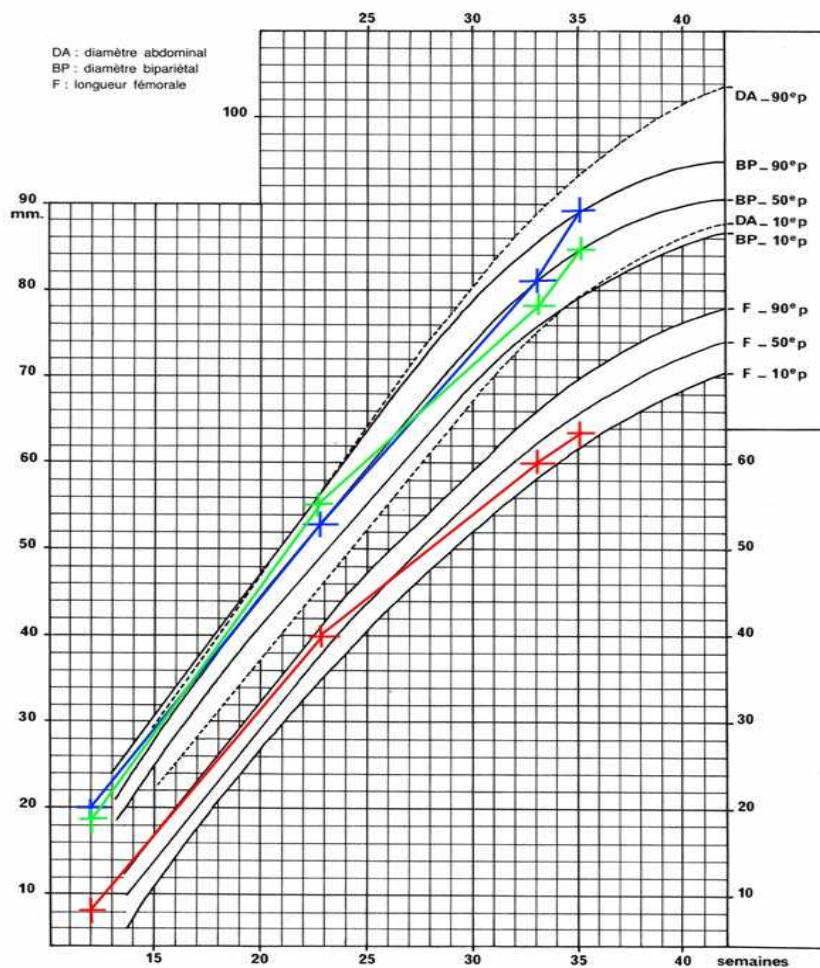


Les valeurs des HU de notre patiente ne sont ni croissantes (présence de cassures au niveau de la courbe) comme elles sont sensées l'être au cours d'une grossesse, ni conformes à l'AG (toujours inférieures à celles considérées comme normales pour l'AG correspondant).

Si on croise cette courbe à la courbe d'évolution du poids de Mme C., on constate que la période où la HU stagne le plus c'est-à-dire de 28 SA jusqu'à l'accouchement correspond à la période de perte de poids (- 600g).

Nous allons vérifier ci-dessous si les éléments paracliniques sont en accord avec le diagnostic clinique.

- **Diagnostic paraclinique :** l'échographie permet de confirmer le diagnostic clinique. Malheureusement les valeurs de périmètres abdominaux et céphaliques ne sont pas retrouvées dans le dossier.



DA : diamètre abdominal ;

BP : diamètre bipariétal ;

LF : longueur fémorale.

On constate grâce aux valeurs de la biométrie que la croissance fœtale est satisfaisante durant les deux premiers trimestres de la grossesse et que le défaut de croissance révélé par l'échographie de 33 SA ne s'installe qu'à partir du dernier trimestre. Or, il s'agit de la période correspondant à la perte de poids maternelle (perte de 600g de 28 SA à l'accouchement).

Cela nous amène à penser que la perte de poids maternelle associée au prétendu épisode d'anorexie restrictive est la cause de l'altération de la croissance fœtale.

Le doppler ombilical pratiqué à la suite du diagnostic de RCIU est normal même si aucune valeur n'est retrouvée dans le dossier médical pour nous permettre d'affirmer cette information. A priori, le bien être fœtal n'est pas menacé.

- **Etat de santé de l'enfant à la naissance :**

➤ **Apgar :** 9 à 1 min et 10 à 5 min.

L'enfant présente une bonne adaptation cardiorespiratoire et ne nécessite pas de la présence des pédiatres à la naissance.

➤ **Poids :** 2090g (- 3 DS).

➤ **Taille :** 44 cm.

➤ **Périmètre crânien (PC) :** 31,5 cm (- 2 DS).

Il est transféré dans le service de néonatalogie pour hypotrophie.

• **D'après la revue de la littérature,** les principales complications fœtales et néonatales retrouvées touchent :

➤ **Le poids de naissance :** l'étude la plus récente retrouvée (2005) menée par Koubaa, Hällstrom et al. [15] rapporte un risque majoré de nouveau-nés avec un plus petit poids de naissance et un plus petit périmètre crânien. Dans l'étude de Conti J et al. (1998) [16], des TCA ont été diagnostiqués chez 32 % des femmes ayant accouché à terme de nouveau-nés hypotrophes. Pour finir, les études de Treasure et Russel (1988) [17] et de Stewart et coll. (1987) [20] montrent un haut degré de corrélation entre le petit poids de naissance du bébé et l'existence, au moment de la grossesse, de symptômes actifs anorexiques.

Pour notre cas, le comportement alimentaire a bien une répercussion sur la croissance fœtale et les mensurations néonatales avec à 38 SA une taille de 44 cm, un poids de 2090g (- 3 DS) et un PC de 31,5 cm (- 2 DS).

➤ **Le terme de naissance :** l'étude de Brinch et al. (1988) au Danemark montre un taux de prématurité de 14,3% dans la population présentant une conduite alimentaire pathologique contre 6,8% dans la population général [18].

Notre nouveau-né nait à 38 SA, le problème de prématurité ne se pose pas.

➤ **Le score d'Apgar :** dans l'étude de Stewart DE et al. (1986), le score d'Apgar à 5 minutes est significativement supérieur chez les nouveau-nés des mères avec rémission des comportements alimentaires pathologiques (moyenne de 8,5) comparé à l'Apgar des enfants nés de mères présentant une persistance des troubles pendant leur grossesse (moyenne de 6,5) [23].

Dans notre cas, cela ne s'applique pas puisque le score d'Apgar est de 10 à 5 minutes.

➤ **La mortalité périnatale :** l'étude de Brinch et al. (1988) fait part d'un taux de mortalité périnatale de 81 pour 1000 dans la population atteinte contre 14 pour 1000 dans la population générale suédoise [18].

Cela ne concerne pas notre cas, mais il est intéressant de connaître ces chiffres pour apprécier les diverses conséquences des TCA.

2.4.4. Les complications obstétricales: [19] ; [20] ; [21] ; [22] ; [24] ; [25] ; [26] ; [27]

- **Chez Mme C.**, aucune complication obstétricale n'est retrouvée.

Elle accouche normalement à 38 SA sous analgésie péridurale suite à un début de travail spontané précédé d'une rupture prématurée des membranes non compliquée.

Succède à cet accouchement une délivrance dirigée complète et la réfection d'éraillures vaginales.

- D'après la revue de la littérature, plusieurs complications obstétricales peuvent être retrouvées :

➤ **Les avortements spontanés précoces** : Ce problème ne touche pas notre patiente mais, en règle générale, un nombre plus important de fausses-couches spontanées est retrouvé chez les femmes présentant des TCA.

Les études de Heymann C. et al. (1993) [19] et de Stewart DE et al. (1987) [20] ainsi que les publications de Kaplan R. (1999) [21] et Hart T. et al. (1970) [22] ont retrouvé des avortements spontanés, respectivement aux nombres de 5 sur 17 grossesses, 1 sur 23 grossesses, 1 sur un cas rapporté et 3 sur 3 grossesses.

➤ **La menace d'accouchement prématuré** : déjà mentionnée auparavant dans le paragraphe 2.4.3 en tant que complication néonatale.

➤ **Le mode d'accouchement** : certaines études ne retrouvent que des accouchements normaux Namir S. et al. (1986) [24]. D'autres retrouvent une part plus importante d'expulsions instrumentales ou difficiles principalement liée à l'état de santé de la mère (Brugère S. et al. dans un cas rapporté en 1988 et Ho E. en 1985) [25] ; [26]. L'étude la plus récente retrouvée de Franko DL. Et al. (2001) [27] rapporte un nombre de césarienne significativement plus important dans la population de femmes présentant des troubles symptomatiques que dans la population avec rémission des troubles.

S'il n'y a aucune souffrance ni du versant maternel ni du versant fœtal, l'accouchement sera pour la plupart du temps normal comme dans notre cas. L'orientation vers une expulsion instrumentale ou une césarienne se fera en fonction de l'état de santé de la mère et/ou de son fœtus.

2.4.5. L'après naissance... [3] ; [4] ; [18] ; [28] ; [29]

Afin de commenter de façon optimale ce qui se passe après la naissance de cette petite fille, nous allons lors de l'exposition du cas, traiter respectivement les événements du séjour à la maternité puis ceux intervenant après la sortie de la maternité.

- **Séjour à la maternité :**

Concernant le séjour à la maternité, nous avons porté une attention particulière à l'évolution du comportement alimentaire, au choix de l'allaitement, au déroulement de celui-ci ainsi qu'à la relation mère/enfant qui s'installe au cours des premiers jours de vie de l'enfant.

Cette orientation s'explique par le fait que ces éléments sont les plus fréquemment perturbés dans les suites de couches d'une patiente atteinte de TCA.

- **Le comportement alimentaire :**

Chez Mme C., les troubles alimentaires sont toujours présents avec la même intensité dans le post partum que pendant la grossesse. Aucun changement considérable n'est relevé.

D'après la littérature, les TCA peuvent être majorés dans les suites de couches mais aucune étude ne révèle une différence significative du comportement alimentaire avant et après l'accouchement. [3]

L'évolution de la conduite alimentaire après la naissance de l'enfant n'est par conséquent pas prévisible. Les symptômes peuvent être tant majorés qu'atténués, cela dépend d'une multitude de facteurs. En tant que professionnels de santé, nous nous devons de porter un œil attentif au rapport qu'opèrent ces patientes à la nourriture durant leur séjour à la maternité et d'assurer la continuité des soins après le retour à domicile.

➤ **L'allaitement :**

Au cours de sa grossesse, **Mme C.** pense à l'allaitement maternel, en parle et s'en informe auprès de la conseillère en lactation de la maternité. Après s'être bien informée, elle opte pour ce mode d'alimentation à la naissance de sa fille.

Seulement, les choses ne se déroulent pas comme elle l'imaginait. En effet, son enfant hospitalisé en service de néonatalogie pour retard staturo-pondéral est finalement nourri par sonde de gavage. Cela la perturbe profondément lui évoquant ses épisodes de réalimentation par sonde entérale vécus au cours de ses nombreuses hospitalisations passées.

Par conséquent, malgré le tire-lait mis en place par l'équipe soignante le premier jour après l'accouchement dans le but de stimuler sa montée de lait, les contraintes auxquelles elle se retrouve finalement confrontée dépasse sa volonté et l'allaitement maternel échoue.

D'après la littérature, l'allaitement maternel chez ces mères peut susciter en elles des angoisses de dévoration. Elles sont, pendant le post-partum, dans une période de vulnérabilité psychique où les TCA peuvent être exacerbés et où l'on observe parfois une décompensation dépressive. Toutefois, il semble que l'allaitement maternel soit plus fréquent chez les mères anorexiques, mais le sevrage plus difficile. L'attitude des femmes envers leur corps prédirait l'intention d'allaiter. Celles qui sont trop préoccupées par leur poids allaiteraient moins. Cela est également corrélé au degré d'attachement du fœtus pendant la grossesse. Les mères ayant des TCA nourriront leur enfant de façon plus irrégulière et plus pour calmer ou récompenser l'enfant que pour de réels besoins alimentaires. [3] ; [4]

On se rend compte que même si l'envie d'allaiter est présente, les conditions ne sont pas forcément favorables au bon déroulement de cet allaitement. Toutefois, notre rôle en tant que soignants est d'accompagner ses mères dans leur choix et leur désir et de les déculpabiliser au cas où l'allaitement serait un échec.

➤ **La relation mère/enfant :**

L'équipe de néonatalogie (médecins, psychologues et soignants) contribue au bon établissement du lien mère/enfant et ne fait part d'aucune notion de difficulté à ce propos dans le dossier. Il semblerait que le lien de **Mme C. à sa fille** s'établisse doucement et de façon harmonieuse. Notre patiente ne présente pas non plus de syndrome de décompensation dépressive.

D'après la littérature, la relation d'intimité qui s'installe en temps normal entre la mère et son enfant dans les premiers jours après l'accouchement sera perturbée chez les mères ayant des TCA. **Frangen & al** décrit trois modèles de relations mère-enfant chez des patientes atteintes d'un TCA:

- mère trop proche, hyperprotective;
- inversion du rôle parental;
- distance importante et émotion contrôlée de la mère envers l'enfant.[28]

Les conséquences de ces attitudes perturbées sont encore à explorer, notamment en ce qui concerne le développement émotionnel de l'enfant.

Au niveau de la relation mère/enfant, Mme C. ne semble pas se situer dans les trois modèles décrits. Mais la durée de son séjour à la maternité (5 jours) n'est-elle pas trop courte pour tirer une telle conclusion ?

Suite au développement des sujets importants au cours de l'hospitalisation, plusieurs questions subsistent concernant le devenir de cette mère et de son enfant après le retour à domicile :

- *La continuité des soins a-t-elle été assurée ? Si oui, comment ?*
- *Comment évolue la conduite alimentaire ?*
- *Qu'en est-il du syndrome de sevrage et de l'évolution de la prise de poids de l'enfant ?*
- *Qu'en est-il de la relation mère/enfant ?*

- **Après la sortie :**

Les éléments que nous souhaitons approfondir sont ceux qui apportent une réponse aux questions posées ci-dessus. Nous allons donc traiter successivement les moyens mis en place pour assurer la continuité des soins, l'évolution du comportement alimentaire, le syndrome de sevrage ainsi que l'établissement de la relation mère/enfant.

- **La continuité des soins :**

Afin d'assurer le relais des soins de *Mme C.*, le service de protection maternelle et infantile (PMI), le centre Psychothérapique de Nancy (CPN), son médecin traitant et sa diététicienne sont sollicités.

La PMI et le CPN, qui interviennent à domicile, se heurtent au problème du refus des soins. Mme C. refuse de leur ouvrir sa porte. Le médecin traitant et la diététicienne (responsable de la prise en charge nutritionnel et psychologique) sont donc les seuls acteurs de la continuité des soins.

Peu importe les stratégies mises en œuvre, l'essentiel est de ne pas laisser la patiente rentrer chez elle sans aucun suivi. Néanmoins, nous nous devons d'expliquer à ces femmes que la PMI n'est pas une « police » qui vient surveiller leurs faits et gestes mais un « pilier » pour les mères qui ont besoin d'aide.

Si un suivi d'ordre psychologique débute pendant la grossesse, sa poursuite après l'accouchement est fortement conseillée. Cependant le désir de psychothérapie doit émaner de la patiente et aucun forçage ne doit être effectué dans ce domaine. En effet, ces conditions sont nécessaires à l'établissement du transfert entre la patiente et son thérapeute. Le transfert est la clé d'une psychothérapie efficace ou pour le moins source d'un remaniement psychologique.

- **Le comportement alimentaire :**

Actuellement, quatre ans après l'accouchement les troubles sont toujours aussi présents et invalidants.

➤ **Le syndrome de sevrage :**

Pour notre patiente et son enfant, toute la période d'alimentation lactée au biberon se déroule bien. C'est au début de la diversification alimentaire que les problèmes commencent. Il est extrêmement difficile pour Mme C. de répondre aux besoins nutritionnels de sa fille et de se mettre à table avec elle. Son rapport conflictuel à la nourriture s'exprime à travers ces difficultés. Il est très intense.

Sur le plan alimentaire, la petite fille grandit dans un climat d'anarchie le plus totale. Elle mange ce qu'elle veut, tout et n'importe quoi à la fois. A ce niveau, aucune réglementation ne lui est imposée. De plus, les placards sont toujours pleins à craquer ce qui ne permet pas d'arranger la situation. Les répercussions de cette anarchie ne sont pas des moindres car à seulement quatre ans, sa fille est obèse avec un IMC qui ne cesse d'augmenter.

Actuellement, peu de publications portent sur les enfants de mères anorexiques et/ou boulimiques et ce n'est pas un hasard car ce type d'étude présente des problèmes méthodologiques complexes essentiellement de nature statistique (taille de l'échantillon, homogénéité de l'échantillon, subjectivité des données recueillies, fréquence des ruptures et des sorties des protocoles de recherche).

Toutefois, **les études menées** semblent mettre en valeur que les enfants de mères anorexiques (nourrissons ou enfants déjà plus grands) sont plus minces et plus fins que ceux des populations témoins analysées [18]. Cette différence s'expliquerait par les différentes stratégies de restriction alimentaire utilisées par ces mères à savoir : un déni de la faim de l'enfant, un allaitement au sein prolongé sans diversification, une dilution du lait au biberon, une diminution de la quantité de nourriture dans la maison, une limitation stricte de la prise de nourriture aux repas, une interdiction de la prise de douceurs et enfin une interdiction de faire donner des bonbons. Cette tendance peut également s'expliquer par les difficultés d'interactions alimentaires demeurant entre une mère atteinte de troubles alimentaires et son enfant. Effectivement, selon l'étude de Stein et al., les mères présentant des TCA ont plus de difficultés interactives au moment du repas avec une tonalité émotionnelle plus négative et des comportements plus contrôlants.[29]

Lorsque nous confrontons l'histoire de notre cas à ce que nous retrouvons plus généralement dans la littérature, nous sommes face à deux situations complètement à

l'opposé l'une de l'autre en ce qui concerne l'évolution du poids et la manière dont s'exprime l'interaction alimentaire de la mère envers son enfant. Le seul point commun réside dans les difficultés à nourrir l'enfant.

Si il y a une chose dont nous pouvons être certains c'est que les TCA influent sur la manière d'alimenter son enfant.

Pour notre patiente, nous nous posons tout de même la question de savoir si ce n'est pas l'évolution de son trouble vers la boulimie (trouble beaucoup plus déstructuré et nécessitant pour le coup de nombreuses limites) qui fait que la conduite restrictive qu'on retrouve habituellement chez les mères anorexiques ne s'exprime pas.

➤ **La relation mère/enfant :**

L'obésité n'est pas la seule complication retrouvée chez la fille de *Mme C.*

Elle développe en plus des troubles du sommeil et une énurésie. L'ensemble de ces symptômes ne s'expriment que lorsqu'elle est en compagnie de sa mère avec qui elle est en lutte permanente.

Aujourd'hui, la petite fille est placée en famille d'accueil thérapeutique deux jours par semaine afin de disposer d'un meilleur équilibre environnemental et suivie au CPN où elle consulte avec sa maman une fois par semaine. Elle est scolarisée et ne présente pas pour l'instant de difficultés relationnelles avec les autres enfants.

Surajoutée à ces éléments, l'absence du père renforce la solitude de la mère face à l'éducation de sa fille.

A ce jour, aucune étude ne s'est penchée sur les aspects en santé mentale des enfants de mères touchées par des TCA. Mais une part plus importante d'énurésie, de troubles de langage, de troubles du comportement agressifs, de dépression, de mutisme sélectif, de troubles obsessionnels compulsifs et enfin de troubles émotionnels et névrotiques ont été relevés dans le rapport des mères atteintes sur l'état de santé de leur enfant. Associés à cela, les traits de personnalité particuliers de ces patientes tels que la maîtrise et le contrôle des émotions peuvent altérer l'état de la relation mère/enfant et ainsi nuire au bon développement de l'enfant. [4]

Il est évident que pour notre patiente la relation mère/enfant est affectée. L'affrontement perpétuel au sein du couple mère/fille ainsi que les troubles développés par la fille en sont la preuve.

3. PISTES CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE :

Aucune prise en charge type ne peut être établie car il s'agit d'un traitement au cas par cas. C'est la raison pour laquelle nous n'avons pu établir que quelques pistes.

Ces différentes pistes sont :

- Ne pas effectuer de clivage corps/esprit. L'intervention d'un psychologue ou d'un psychiatre doit toujours être proposée mais pas obligée. Si la patiente refuse, nous devons respecter son choix et tenter de la rassurer nous même quant à ses capacités à devenir mère.
- Penser à la prise en charge nutritionnelle en la dirigeant vers les professionnels adéquats (diététicien(ne), nutritionniste). Souvent, l'enquête alimentaire s'avère compliquée car l'évaluation chiffrée de la consommation calorique est impossible.
- Prévenir ou détecter les complications médicales :
 - Etre attentif(f)(ve) à l'évolution du poids au cours de la grossesse.
 - Effectuer le bilan prévu en cas d'anorexie mentale et/ou de boulimie figurant dans les paragraphes **2.1.3** et **2.2.3** de la première partie.
 - Penser à doser l'uricémie et les transaminases dans les cas de dénutrition sévère.
- Prévenir les complications de RCIU :
 - D'un point de vue clinique par la mesure rigoureuse de la HU lors des examens obstétricaux;
 - D'un point de vue paraclinique par une surveillance échographique accrue quand la clinique est perturbée.
 - Evaluer le bien-être fœtal si un RCIU est diagnostiqué par l'élaboration d'un doppler des artères ombilicales.
- Etre disponible en suites de couches pour répondre aux questions des patientes et les aider dans l'élaboration de l'allaitement maternel ou artificiel et du lien mère/enfant.

- Assurer la continuité des soins lors du retour à domicile des patientes. (PMI, psychiatres, psychologues, médecin traitant...)

Cette démarche est d'une extrême importance étant donné les soucis auxquels nous pouvons être confrontés après la naissance (cf. paragraphe **2.4.5**).

En effet, même si certains problèmes sont inévitables le fait de les détecter précocement permet de les prendre en charge plus tôt et d'optimiser la réussite du traitement. Ceci est applicable surtout chez l'enfant.

CONCLUSION

Ce travail nous a permis de faire le point à propos de la grossesse et de la maternité chez les patientes anorexiques et/ou boulimiques.

Nous constatons, dans un premier temps, que le désir de grossesse se manifeste autant chez ces patientes que dans la population générale. De plus, les conditions d'obtention de la grossesse qui demeuraient jusqu'à peu laborieuses à cause des problèmes d'irrégularités menstruelles sont aujourd'hui plus simples du fait des progrès considérables de la médecine dans le domaine de la PMA.

Cela soulève une autre problématique importante qui n'est autre que l'augmentation du taux de grossesses chez ces patientes dans les années à venir. Autrement dit, nous somme amenés à faire face à plus de grossesses compliquées sur le plan médical, psychologique, fœtal, néonatal et obstétrical. Une meilleure connaissance des répercussions des TCA sur la grossesse permet d'orienter la prise en charge afin que celle-ci soit la plus adéquate possible.

Le devenir de ces mères et de leurs enfants tel qu'il est exposé dans le mémoire, immédiatement après la naissance mais également quelques années plus tard, rend nécessaire la continuité des soins après le séjour en maternité mais également bien au-delà.

Si ce suivi est d'une extrême importance, le dépistage précoce des troubles l'est tout autant car le déni de la maladie est considérable.

Ne serait-il pas intéressant d'établir une recherche sur les signes qui doivent nous interpeller et nous évoquer des TCA chez la femme enceinte ?

BIBLIOGRAPHIE

- Ouvrages :

[1] Kathleen M. BERG, Dermot J. HURLEY, James A. Mc SHERRY, Mancy E. STRONGE.

« Les troubles du comportement alimentaire. » : Edition de boeck, 2005.

[2] COMBE. C, Préface : MORASZ. L, Postface : MORASZ. L

« Soigner l'anorexie. »: Dunod: 2002, 255 p.

[3] DAYAN.J, ANDRO.G, DUGNAT.M

« Psychopathologie de la péri natalité. » : MASSON, Paris, 2003.

[4] GUEDENEY. N, JEAMMET. P

« Les enfants de mères anorexiques. » : PRISME, Paris, 2000.

- Articles de revues, périodiques :

[5] CORCOS.M, BOCHEREAU.D, JEAMMET.P,

« Anorexie mentale et boulimie de l'adolescente. » :Revue du praticien,15p.

[6] JEAMMET.P, CORCOS.M,

« Anorexie mentale: aspects thérapeutiques. » Paris, 2002, 11p.

[7] JEAMMET.P, CORCOS.M,

« L'anorexie mentale. Les dossiers du praticien. », 1992, n°155, pp 3-14.

[8] JEAMMET.P, CORCOS.M,

« La boulimie. Les dossiers du praticien. », 1992, n°157, pp 2-14.

[9] CHAUVIN.M, PIERRET.C,

« Psychosociologie de l'alimentation, troubles du comportement alimentaire et grossesse. » Ecole de sages-femmes Nancy, 2006, 30p.

- [10] Programme national de nutrition en santé, PNNS,
« Le guide nutrition pendant et après la grossesse » (Livret
d'accompagnement destiné aux professionnels de santé.
- [11] LAXENAIRE.M, WESTHPAL.C,
« Les déviations du comportement alimentaire. », 1989.
- [12] CORCOS.M, BOCHEREAU.D, DE TOURNEMIRE.R, CAYOL.V,
GIRARDON.N, JEAMMET.P,
« Déviations du comportement alimentaire à l'adolescence. »
- [13] CORCOS.M, AGMAN.G, BOCHEREAU.D, CHAMBRY.J, JEAMMET.P,
« Troubles des conduites alimentaires à l'adolescence. », Paris, 2002.
- [14] MELCHIOR.J-C,
« Prise en charge somatique : complications organiques. Traitement,
prévention. Nutrition entérale, quand, comment ? », Séminaire
psychopathologie des TCA, Paris, 2007.
- [15] KOUBAA.S, HALLSTROM.T, LINDHOLM.C, HIRSCHBERG.AL,
« Pregnancy and neonatal outcomes in women with eating disorders. »,
Obstet Gynecol, fevrier 2005.
- [16] CONTI.J, ABRAHAM.S, TAYLOR.A,
“Eating behaviour and pregnancy outcome.”, J. Psychosom Res. 1998 Mar-
Apr; 44 (3-4): 465-77.
- [17] TREASURE.JL, RUSSEL.GFM,
“Intra-uterine growth and neonatal weight gain in babies of women with
anorexia nervosa.”, Brit Med J.1988; 296: 1038.
- [18] BRINCH.M, ISAGER.T, TOLSTRUP.K,
“Anorexia nervosa and motherhood: reproduction pattern and mothering
behavior of 50 women.”, Acta Psychiatrica Scandinava. 1988; 77: 611-617.

- [19] HEYMANN.C, KAHN. JP, VIDAILHET.C, LAXENAIRE.M,
« Quel devenir pour les anorexiques mentales et leurs enfants ? »,
Neuropsychiatrie de l'Enfance. 1993 ; 41 : 303-308.
- [20] STEWART.DE, RASKIN.J, GARFINKEL.PE, et al,
« Anorexia nervosa, bulimia and pregnancy. », Amer J Obst Gyn 1987: 157:
1194-1198.
- [21] KAPLAN.R,
“Anorexia nervosa, infertility and pregnancy.”, Med J Aust.1999 Oct 4;
171(17): 391-2.
- [22] HART.T Jr, KASE.N, KIMBALL.CP,
“Induction of ovulation and pregnancy in patients with anorexia nervosa.”,
Am J Obstet Gynecol. 1970 Oct 15; 108(14):580-4.
- [23] STEWART.DE, Mc DONALD.OL,
“Hyperemesis gravidarum and eating disorders in pregnancy.” In
Abraham Editor, Proceedin of the Second International Conference of Eating
Disorders-Sydney, Australia, 1986.
- [24] NAMIR.S, MELMAN. KN, YAGER.J,
“Pregnancy in restricter-type anorexia nervosa: a study of six women.” Int J
Eat Disord. 1986; 5(5): 837-45.
- [25] BRUGERE.S, DALLAY.D, HOROWITZ.J, COPPIN.M, RIVIERE.J,
GONNET.JM, DUBECQ.JP.
“Anorexie mentale et grossesse.”, J Gynecol Obstet Biol Reprod. 1988 ;
17(1) :85-8.
- [26] HOE.E,
« Anorexia nervosa in pregnancy. », Nurs Mirror. 1985, Apr 24; 160(17): 40-
2.
- [27] FRANKO.DL, SPURELL.EB,
“Dectection and management of eating disorders during pregnancy.”, Am
Col Obstet Gynecol.2000; 95: 942-46.

[28] PARK.RJ, SENIOR.R, STEIN.A,

“The offspring of mothers with eating disorders.”, Eur Child Adolesc Psychiatry 2003; 12: 110-9.

[29] STEIN.A, WOOLLEY.H, MURRAY.L, et al.

« Influence of psychiatric disorder on the controlling behaviour of mothers with 1 year-old-infants.”, A study of women with maternal eating disorder, postnatal depression and healthy comparison group.”, Br J Psychiatry 2001; 179:157-62.

- **Conferences audio visuelles:**

[30] PHAM.A,

“Anorexie mentale à l’âge adulte”, Séminaire, Paris, 2008.

- **Sites internet:**

[31]<http://www.esculape.com/psychiatrie/anorexiementale.html>

[32]http://www.stacommunications.com/journals/leclinicien/2002/09_September/hypohyperkaliemie.pdf

[33]http://www.rgiffard.qc.ca/soins_services/soins_psychoiatriques/programmes_clienteles/psychiatrie_perinatale/sante_mentale/grossesse_troubles_alimentaires

TABLE DES MATIERES

Sommaire	4
Préface	6
Introduction	8
Partie 1	9
1. Etiologies:	10
1.1. Une approche comportementale et cognitive:	10
1.1.1. Les facteurs socioculturels:	10
1.1.2. Les prédispositions individuelles:	13
1.1.3. Le facteur familial:	16
1.2. Une approche psychanalytique:	17
1.2.1. Le conflit pulsionnel:	17
1.2.2. La pathologie de l'organisation de la personnalité:	18
2. Physiopathologie des TCA:	19
2.1. Anorexie mentale:	19
2.1.1. Description clinique: diagnostic:	19
2.1.2. Diagnostic différentiel:	22
2.1.3. Les données paracliniques:	22
2.1.4. Les formes cliniques :	23
2.1.5. Evolution et pronostic:	23
2.2. Boulimie:	24
2.2.1. Description clinique: diagnostic:	24
2.2.2. Diagnostic différentiel:	27
2.2.3. Les Données paracliniques:	27
2.2.4. Les Formes cliniques:	28
2.2.5. Evolution et pronostic:	28
3. Traitement:	29
3.1. Traitement du symptôme:	29
3.2. Traitement de la personnalité:	30
3.3. La thérapie familiale:	31
Partie 2	32
1. Methodologie de l'Enquete :	33
1.1. Présentation des objectifs :	33
1.1.1. Hypothèses posées :	33
1.1.2. Objectifs retenus :	33
1.2. Choix et modalités d'analyse de l'échantillon :	34
1.2.1. Choix de l'échantillon :	34
1.2.2. Construction d'un bordereau de recueil :	35
1.3. Méthodologie d'exploitation des données :	35
2. Etude à propos d'Un cas et analyse en lien avec les données de la littérature : ..	36
2.1. Présentation du cas :	36
2.1.1. Eléments descriptifs de la patiente juste avant la conception :	36

2.1.2. Histoire de la maladie :	37
2.2. Place d'une grossesse dans l'évolution d'un symptôme anorexique et/ou boulimique :	39
2.2.1. A propos du désir de grossesse :	40
2.2.2. Obtention de la grossesse :	41
2.3. Influence de la grossesse sur le trouble alimentaire:	44
2.3.1. Caractéristiques de la conduite alimentaire durant la grossesse :	44
2.3.2. Répercussions pondérales de la conduite alimentaire :	45
2.4. Répercussions des troubles alimentaires sur la grossesse :	47
2.4.1. Les complications médicales :	47
2.4.2. Les remaniements psychologiques :	51
2.4.3. Les complications fœtales et néonatales :	53
2.4.4. Les complications obstétricales:	56
2.4.5. L'après naissance... ..	58
3. Pistes concernant la prise en charge :	65
Conclusion.....	67
Bibliographie	68
TABLE DES MATIERES	72
Annexe 1	74
Annexe 2	75
Annexe 3.....	76
Annexe 4.....	77
Annexe 5.....	78
Annexe 6.....	81

ANNEXE 1

Tableau 2.1: Distorsions cognitives au cours des troubles du comportement alimentaire

<i>Distorsion cognitive</i>	<i>Description</i>	<i>Exemples</i>
Pensée dichotomique	Tendance à penser par les extrêmes, selon le mode du tout-ou-rien. Les expériences sont classées en noir et blanc, bonnes et mauvaises, succès et échec.	« Je me sens bien quand je ne mange que des aliments allégés. Je me hais quand je déroge à cette règle de conduite. » « Si je ne programme pas chaque minute de ma journée, je vais perdre le contrôle de moi-même. »
Personnalisation	Tendance à n'interpréter le comportement d'autrui ou des événements impersonnels qu'en fonction de soi.	« Ces gens-là chuchotent – Sûr qu'ils sont en train de parler du fait que j'ai pris du poids. » « Quand j'ai voulu parler aux personnes du groupe, elles ont prétendu qu'elles devaient partir pour ne pas rater le bus. Elles me jugeaient probablement ridicule. »
Abstraction sélective	Tirer des conclusions de détails isolés tout en ignorant les preuves contradictoires ou les évidences.	« Je ne me sens intéressante que si je suis la plus mince du groupe » « Je ne mérite pas d'être heureuse. J'ai déçu tout le monde par cette rechute. »
Généralisation excessive	Déduire une règle/loi d'un seul événement, et l'appliquer à une autre situation qui n'a rien à voir.	« Quand je mangeais du sucre, j'étais grosse ; c'est pourquoi il faut que je l'évite sous peine de devenir obèse. » « J'ai raté mes examens la semaine dernière. Je suis vraiment nulle et moche. »

Superstition	Tendance à établir une relation causale entre deux événements sans lien.	« Si je mange un morceau de gâteau, il va se transformer en gras immédiatement. » « Si je me laisse aller à l'autosatisfaction quand j'ai une bonne note à un exercice, il y a fort à parier que je raterais le suivant. »
Exagération	Tendance à amplifier les choses et à transformer en catastrophe un événement banal.	« Si je prends encore du poids, je ne le supporterai pas. » « Vous voyez, il ne m'a pas appelé depuis deux jours. On va probablement rompre. »
Défaitisme	L'idée qu'en l'occurrence, on ne peut parvenir à contrôler ni ses pensées, ni ses comportements	« Je ne suis tout simplement pas le type de personne qui peut goûter un peu de crème glacée et en rester là. » « Je ne peux pas faire mieux. Je serais toujours comme ça. »
Regret	Tendance à revenir sur le passé comme étant un déterminant important des événements, des comportements et des affects présents.	« Je serais heureuse si je pouvais retrouver le poids que j'avais jeune fille. » « Si seulement je n'avais pas abandonné les leçons de danse, je serais peut-être bonne à quelque chose, aujourd'hui. »
Inquiétude	Tendance à anticiper des problèmes futurs sans tenir compte des circonstances présentes.	« Je sais que je n'ai pas cédé à des accès de boulimie depuis un mois. Mais que va-t-il se passer si j'accepte cette soirée et que je ne peux m'empêcher de trop manger. » « Que va-t-il se passer si je fais une réflexion stupide, et qu'il découvre ce que je suis vraiment. »

ANNEXE 2

L'urgence de l'hospitalisation

La stratégie de renutrition dépend des éléments cliniques et para cliniques qui font discuter l'hospitalisation:

- perte de poids rapide = facteur de gravité
- IMC < 12 = l'hospitalisation s'impose
- acrocyanose
- oedèmes des membres inférieurs+++
- perturbations du bilan hépatique (transa > 3N)
- Hypophosphorémie +++
- troubles de l'hémostase
- pan cytopénie
- Hypokaliémie < 2,5 meq/l si CO₂t NI, ou < 2 meq/l si CO₂t > 30 meq/l

JCM

ANNEXE 3

Les signes de « gravité » liés à la dénutrition:

• Adaptation physiologique:

Bradychardie < 60 / min
Hypothermie 35-36 °C
Lanugo
Leucopénie, macrocytose
Hypoglycémie asymptomatique
Hypotension artérielle \leq 90 mmHg
Abolition ROT
Insuffisance rénale fonctionnelle

• Signes de gravité:

FC > 70 / min ou < 40 / min
Hypotension < 70 mm Hg
O.M.I. +++
Incapacité à soulever la tête
Impossibilité de s'asseoir sans aide
Hypothermie < 34 °C
Hypoglycémie symptomatique
Cytolyse hépatique x 3 N
Hypophosphorémie
Hypokaliémie, alcalose métabolique
Anomalies ECG (QT long)

JCM

ANNEXE 4

Les troubles métaboliques imposant l'hospitalisation

- **Hypokaliémie:**
 - $< 2,5$ meq/l, si $CO_2t < 27$ meq/l
 - < 2 meq/l, si $CO_2t > 30$ meq/l
 - Signes ECG d'hypokaliémie +++ (onde U, ondes T plates, QT allongé)
 - Signes musculaires
 - Intolérance digestive totale
- **Hypochloronatrémie:**
 - $Na^+ < 120$ meq/l
 - $Cl^- < 85$ meq/l
- **Hypophosphorémie:**
 - Phosphorémie $< 0,60$ meq/l si IMC < 15
 - Phosphorémie $< 0,70$ meq/l si IMC < 13

JCM

ANNEXE 5

BORDEREAU DE RECUEIL

ELEMENTS DESCRIPTIFS DE LA PATIENTE :

- Age.
- Poids avant la conception (kg).
- Taille (cm).
- IMC.
- Situation familiale : célibataire, mariée, vivant en couple ou seule.
- Contexte socio-économique.
- **Addiction(s) :**
 - Tabac ;
 - Alcool ;
 - Drogue.

ANTECEDENTS :

- **Antécédents médicaux personnels :**
- **Antécédents médicaux familiaux :**
- **Antécédents gynécologiques :**
- **Antécédents obstétricaux :**

HISTOIRE DE LA MALADIE :

- A quel âge les troubles alimentaires ont-ils apparus pour la première fois?
- Cette apparition correspond-elle à un évènement particulier de la vie de la patiente?
- Quel diagnostic a été posé ? Comment (critères) ? Par qui?
- D'autres troubles étaient-ils associés ? Si oui, lesquels?
- Quel fut le mode de prise en charge adopté?

- Celui-ci a-t-il été un succès ?
- **Avant la conception :**
 - Le trouble alimentaire était-il actif ? Si oui, quelle était sa nature ?
 - Y'avait-il des conduites associées ?
 - Les cycles menstruels étaient-ils présents ? Si oui, étaient-ils réguliers ?
- **Pendant la grossesse :**
 - Comment évolue ce trouble au cours des différents trimestres de la grossesse ?
 - Y'avait-il des conduites associées ?
- **Pendant le post-partum :**
 - Observe-t-on un changement au niveau du comportement alimentaire après l'accouchement ? SI oui, lequel ?
 - Y'avait-il des conduites associées.

HISTOIRE DE LA GROSSESSE :

- S'agit-il d'une grossesse désirée ?
- La grossesse est-elle spontanée ou induite ?
- Quelle est la prise de poids totale ?
- La grossesse a-t-elle été compliquée :
 - **Sur le plan médical :**
 - **Sur le plan obstétrical :**
 - **Sur le plan foetal:**
- Quels sont les détails de la prise en charge psychologique, médicale et nutritionnelle durant la grossesse ? (fréquence des rendez-vous, hospitalisation, nombre d'échographies...

A PROPOS DE L'ACCOUCHEMENT :

- A quel terme a-t-elle accouché ?
- Quel a été le mode d'accouchement ?
- Quelle a été la présentation de l'enfant ?
 - **Concernant l'enfant à la naissance :**
 - Poids de naissance (grammes) :
 - Taille (cm) :
 - PC (cm) :
 - Apgar :
 - A t'il nécessité des gestes de réanimation néonatale? Si oui, lesquels ?
 - L'enfant a-t-il été transféré dans un service de néonatalogie ou a t'il regagné le secteur mère enfant en même temps que sa mère ?

A PROPOS DU POST PARTUM :

- La mère a-t-elle choisi un allaitement maternel ou artificiel ?
- Y'a-t-il eu des difficultés pour la mère à alimenter le nouveau né quel que soit le choix de l'allaitement ? Si oui, comment se manifestent-elles ?
- A-t-on pu remarquer des difficultés dans la relation mère/enfant ? Si oui, comment se manifestent-elles ?
- La mère a-t-elle présenté un syndrome dépressif ? Si oui, comment a t'il évolué ?
- Quelle a été la durée du séjour en secteur mère/enfant ?
- Un suivi à domicile a t'il été organisé ? Si oui, quels moyens ont été utilisés ?
- Comment le sevrage a-t-il été vécu ?

ANNEXE 6

Le traitement de l'hypokaliémie aiguë

- Mise au repos en hospitalisation + scope
- Perfusion et apport de sérum physiologique
- Apport de KCl IV limités à 1 g/h, 2 g/l
- Apport de KCL per os: diffu K, Kaleorid, sirop de KCl
- Ne jamais apporter de gluconate de potassium, mais du chlorure de potassium
- La correction des troubles métaboliques aigus est toujours rapide et ne nécessite une hospitalisation que de 2 ou 3 jours.
- Elle ne règle que le danger vital, mais pas le PB de fond.

JCM.

WEBER Elodie

Promotion 2009

Mémoire de fin d'études : Anorexie mentale et/ou boulimie et grossesse, à propos d'un cas.

Ecole de sages-femmes A. Fruhinsholz de Nancy.

Mots clés : anorexie mentale, boulimie, grossesse, désir, obtention, complications immédiates, complications à long terme, prise en charge.

Reconnues comme des maladies à prédominance féminine, l'anorexie mentale touche 1% des adolescents et la boulimie 2% de la population générale. La femme enceinte n'est pas épargnée.

Notre étude composée d'une revue de la littérature appuyée par l'analyse d'un cas clinique donne un état des lieux à propos du désir de grossesse et des conditions d'obtention de cette dernière dans l'évolution des symptômes. Elle rend compte des complications médicales, psychologiques, obstétricales, fœtales et néonatales qu'ils entraînent.

Une prise en charge multidisciplinaire est nécessaire. Elle doit se poursuivre au-delà de la sortie de la maternité. A nous, professionnel de santé, d'en assurer le relais.

Key words: anorexia nervosa, bulimia, pregnancy, desire, obtaining, complications immediate, long-term complications, care.

Considered as diseases which are typically feminine, the anorexia nervosa concerns 1% of the teenagers and the bulimia 2% of the general population. The pregnant woman is not saved.

Our study based on many documents and the analysis of a clinical case will put forward the desire of pregnancy of these particular patients and problems they may encounter to be pregnant in a context of medical, psychological, obstetric, foetal and neonatal complications due to the disease.

A multidisciplinary care is necessary. It has to continue after the stay at the maternity and it is our role.