**Traitement des troubles des conduites alimentaires : état actuel, défis et futures orientations.**

**INTRODUCTION**

L'article propose une synthèse critique des traitements des troubles de l'alimentation (TA), sans être une revue systématique exhaustive. Il souligne la croissance des revues et méta-analyses sur ce sujet, qui dépassent même le nombre d'essais contrôlés récents. En examinant les travaux de Kaidesoja et al. (2023), il est mentionné que 44 revues systématiques ont été identifiées, dont 21 méta-analyses de qualité variable. Bien que les méta-analyses puissent résumer des données issues de multiples études, elles peuvent également omettre des détails cruciaux, entraînant des conclusions erronées (Lock et al. 2019). L'article évoque des biais potentiels dans la recherche et rappelle la critique d'Eysenck (1978) sur les méta-analyses soulevant ainsi des préoccupations sur la qualité des données utilisées. Enfin, il met en lumière les limites des méta-analyses tout en reconnaissant leur valeur potentielle (Nelson et al. 2018; Weisz et al. 2023).

**TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES :**

Classification diagnostique :

Les troubles des conduites alimentaires (TCA) englobent des comportements alimentaires, des cognitions liées au poids et à la forme qui perturbent le fonctionnement biopsychosocial. Les critères diagnostiques ont été récemment mis à jour par l'American Psychiatric Association dans le DSM-5 (2013) et par l'Organisation mondiale de la santé dans la CIM-11 (2019), après des décennies de recherche et de débats (Stein et al. 2020; Walsh 2019).

Cette revue se concentre principalement sur l'AM, la Boulimie et le BED, sans aborder les autres diagnostics. L'ARFID, par exemple, se définit par un évitement de la nourriture sans lien avec les préoccupations de poids ou d'image corporelle (Grilo 2013). L'obésité, bien qu'elle soit un diagnostic médical, n'est pas considérée comme un TCA, même si les patients atteint de boulimie et de BED présentent un risque accru d'obésité, avec des caractéristiques comportementales et psychologiques distinctes (Boswell et al. 2021).

**TRAITEMENTS POUR L'ANOREXIE MENTALE :**

Contrairement aux traitements de la boulimie et de l'hyperphagie boulimique, souvent réalisés en ambulatoire, ceux de l'anorexie nerveuse (AN) nécessitent souvent une hospitalisation. Celle-ci est indiquée pour des poids très bas (IMC < 15) et des problèmes médicaux graves, comme des arythmies, des anomalies électrolytiques, et la déshydratation, ainsi que pour des troubles psychiatriques sévères (Mehler et al. 2015).

Traitements psychologiques :

Il existe un consensus fort sur le fait que le traitement psychologique est l'approche principale pour Le traitement psychologique est considéré comme l'approche principale pour l'anorexie mentale (AM), complémentaire à la restauration du poids et à la stabilisation médicale. Cela est dû à la nature égo-syntonique de la maladie, au déni souvent présent, aux troubles de l'image corporelle et à l'évolution réfractaire de nombreux cas (Walsh et al. 2021).

La thérapie familiale spécifique (FBT), basée sur la méthode de l'hôpital Maudsley, est l'intervention de premier plan pour les enfants et adolescents (Hilbert et al. 2017; NICE 2017). Un essai contrôlé randomisé (ECR) a montré que 89 % des adolescents ayant suivi la FBT ont connu une rémission partielle, avec de meilleurs résultats en termes de poids et de psychopathologie par rapport à la psychothérapie individuelle (Lock et al. 2010).

La thérapie comportementale familiale (TCF) a également montré son efficacité. Pour les adultes, le modèle Maudsley d'AM (MANTRA) et la TCC améliorée (TCC-E) sont recommandés, avec des résultats similaires (Byrne et al. 2017; Schmidt et al. 2015).

Une étude a révélé que 31 à 41 % des adultes avaient encore un IMC inférieur à 17,5 après 10 mois de traitement (Zipfel et al. 2014), soulignant les défis persistants. Les traitements optimisés, combinant psychothérapie et soins structurés, pourraient offrir une alternative viable.

Traitements pharmacologiques :

Aucun médicament n'est approuvé pour l'anorexie nerveuse (AN), et les directives s'accordent à dire qu'aucun n'est recommandé (Himmerich et al. 2023, NICE 2017). Bien que les traitements pharmacologiques soient souvent utilisés, les ECR montrent peu d'efficacité par rapport au placebo (Clausen et al. 2023). Les difficultés de recherche sont liées à la malnutrition sévère et à la peur de la prise de poids chez les patients (Muratore & Attia 2021).

La plupart des essais ont été de petite taille et n'ont pas montré d'amélioration significative (Halmi et al. 1986). Une exception est un ECR sur l'olanzapine, qui a entraîné une prise de poids significative, mais sans impact notable sur la psychopathologie (Attia et al. 2019).

**TRAITEMENTS POUR LA BOULIMIE NERVEUSE :**

Traitements psychologiques

La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est largement reconnue comme le traitement principal pour la boulimie nerveuse (BN), soutenue par des directives comme celles de NICE (2017). Des études ont démontré son efficacité supérieure par rapport à la thérapie interpersonnelle (TPI) et d'autres approches (Agras et al. 2000, Fairburn et al. 1991).

Traitements Pharmacologiques :

Le développement de traitements pharmacologiques pour la boulimie nerveuse (BN) a stagné, avec seulement la fluoxétine approuvée par la FDA il y a 20 ans. La plupart des recherches ont porté sur des médicaments "réutilisés", et les études récentes restent de petite taille et n'apportent pas de nouvelles données significatives (Himmerich et al. 2023). Dans un essai de 387 femmes, la fluoxétine (60 mg) a réduit les crises de boulimie de 67 % en moyenne, contre 33 % pour le placebo (FBNCSG 1992). D'autres études ont montré que les patients qui ne répondent pas rapidement à la fluoxétine sont moins susceptibles de bénéficier d'un traitement prolongé (Sysko et al. 2010).

Bien que la fluoxétine soit le traitement pharmacologique principal pour la BN, les options restent limitées, et l’efficacité varie. Des études plus longues et mieux conçues sont nécessaires pour améliorer les résultats cliniques.

**TRAITEMENTS POUR L’HYPERPHAGIE BOULIMIQUE :**

Traitements psychologiques :

La recherche sur les traitements psychologiques pour l'hyperphagie boulimique a progressé ces 30 dernières années, mais les conclusions restent relativement constantes. Les approches les plus soutenues sont la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) et la thérapie interpersonnelle (TPI), qui ont toutes deux montré une efficacité notable.

Efficacité de la TCC et de la TPI :

TCC : Des essais contrôlés randomisés (ECR) montrent que la TCC permet à environ 50 % des patients d'atteindre une rémission, avec des améliorations durables de la psychopathologie et du fonctionnement psychologique (Grilo et al. 2011, Wilfley et al. 2002). Les résultats peuvent être maintenus jusqu'à 48 mois après le traitement.

TPI : Bien qu'efficace, la TPI a un soutien légèrement moins fort que la TCC.

Cependant l’accessibilité au traitement reste limitée vue la rareté des cliniciens spécialisés, tandis que les approches d'auto-assistance et les programmes de perte de poids comportementale (BWL) offrent des alternatives efficaces et plus accessibles.

Traitements pharmacologiques :

La recherche sur les traitements pharmacologiques pour l'hyperphagie boulimique a été limitée, se concentrant principalement sur des médicaments déjà existants, avec le dimésylate de lisdexamfétamine (LDX) comme le seul médicament spécifiquement approuvé, montrant une efficacité supérieure au placebo dans plusieurs essais. Bien que le LDX soit généralement bien toléré et associé à des taux de rémission significativement plus élevés, son utilisation est restreinte par des préoccupations concernant le potentiel d'abus. D'autres traitements, comme le topiramate, montrent des effets prometteurs mais sont souvent associés à des effets secondaires importants et à des taux d'abandon élevés. Les antidépresseurs ISRS, tels que la fluoxétine, ont des résultats mitigés et sont souvent moins efficaces que la thérapie cognitivo-comportementale (TCC).

**Traitement transdiagnostique avec thérapie cognitivo-comportementale améliorée :**

Au cours des 20 dernières années, la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) a évolué vers un modèle transdiagnostique pour les troubles de l'alimentation, identifié par Fairburn et al. (2003). Ce modèle postule des mécanismes communs, tels que le perfectionnisme, la faible estime de soi, la dysrégulation émotionnelle et les difficultés interpersonnelles, qui contribuent au maintien de ces troubles. Cela a conduit à la création de la TCC améliorée (TCC-E), qui se décline en deux formes : la TCC-E focalisée, centrée sur la surévaluation du poids, et la TCC-E large, incluant des modules pour des problèmes coocurrents.

D'autres comparaisons avec la thérapie interpersonnelle (TPI) et des psychothérapies psychanalytiques ont également soutenu l'efficacité et la spécificité de la TCC-E.

**Défis du traitement :**

Problèmes de généralisation :

Les recherches sur les troubles de l'alimentation montrent que les traitements basés sur des données probantes sont rarement sollicités, notamment par les hommes et les personnes de couleur (Coffino et al. 2019, Marques et al. 2011). Les échantillons des études sur la psychothérapie et les essais pharmacologiques sont majoritairement composés de femmes blanches, rendant les résultats difficiles à généraliser à d'autres groupes (Burnette et al. 2022). Par exemple, un essai a inclus un seul participant masculin dans toutes les études de traitement combiné pour la boulimie (Reas & Grilo 2021). Cela soulève des préoccupations quant à l'écart entre les taux d'aide recherchée et les taux attendus selon les études épidémiologiques sur les troubles de l'alimentation (Udo & Grilo 2018).

Ce besoin de diversité s'ajoute aux complexités et aux obstacles de longue date, notamment en matière de recrutement, auxquels font face les chercheurs dans le domaine des TCA (Agras et al. 2004, Lock et al. 2012).

Effets du genre, de l'ethnicité et de l'éducation :

Les essais contrôlés randomisés (ECR) sur l'hyperphagie boulimique (BED) montrent une meilleure diversité en termes de genre, de race et d'éducation par rapport à ceux sur l'anorexie et la boulimie. Les analyses indiquent que la race et le sexe n'affectent pas significativement les résultats des traitements (Thompson-Brenner et al. 2013, Shingleton et al. 2015)

En revanche, il y a peu de données sur l'impact du sexe et de l'ethnicité sur les résultats des traitements pour l'anorexie et la boulimie, et les études actuelles n'indiquent pas de différences significatives selon le sexe (Brown & Keel 2023). Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour examiner les médiateurs et modérateurs dans divers services d'urgence (Linardon et al. 2017).

**Besoin de traitements innovants et cliniquement pertinents :**

La plupart des recherches sur les troubles de l’alimentation reposent sur des ECR traditionnels, souvent considérés comme la norme. Cependant, des études quasi expérimentales montrent que les traitements rigoureux comme la TCC appliquées dans des contextes réels variés leurs bénéfices sont légèrement atténués (van den Berg et al. 2020, Turner et al. 2015)

 Traitements séquencés :

Bien que la recherche se soit concentrée sur l'efficacité des interventions pour les troubles de l'alimentation, peu d'attention a été accordée à la manière d'améliorer les résultats globaux. L'approche classique de combiner les traitements n'a pas montré d'avantages significatifs (Reas et Grilo 2021). Par exemple, la comorbidité psychiatrique n'a pas modéré les résultats des traitements pharmacologiques pour la boulimie (BN) ou les approches combinées pour l'hyperphagie boulimique (BED) (Grilo et al. 2012b ; Lydecker et Grilo 2022).

Un ECR (Grilo et al. 2011) a comparé la TCC, la perte de poids comportementale (BWL) et une approche séquentielle de TCC suivie de BWL. L’approche séquentielle n'a pas offert d'avantage supplémentaire par rapport aux traitements individuels.

Modèles de soins par paliers :

Les modèles de soins par paliers offrent une alternative aux approches traditionnelles, en cherchant à améliorer l'accès aux traitements tout en optimisant les résultats. La recherche a montré l'efficacité de méthodes comme l'auto-assistance et l'auto-assistance guidée en TCC (Grilo & Masheb 2005, Wilson & Zandberg 2012), influençant les lignes directrices du NICE (2017) pour la BN et le BED.

Cependant, il reste des lacunes concernant les modérateurs des réponses aux traitements (Linardon et al. 2017). Le NICE recommande de commencer par une TCC d'auto-assistance guidée, avec un passage à une TCC thérapeutique si aucune amélioration n'est constatée après un mois.

Essais randomisés à allocation multiple séquencés adaptatifs :

Grilo et al. (2020) ont mené l'un des premiers essais randomisés séquencés adaptatifs (SMART) pour la boulimie, comparant un traitement par paliers à la thérapie comportementale biologique (TCB) standard chez 191 patients atteints de BED. Les résultats ont montré une amélioration significative de l'hyperphagie et de la perte de poids, avec des taux de rémission de 74,4 % pour la TCB contre 66,5 % pour les soins par paliers.

Grilo et al. (2022; 2023) ont ensuite réalisé une étude SMART en deux étapes pour tester des traitements spécifiques, améliorant les résultats chez les patients souffrant d'hyperphagie et d'obésité. Un autre essai a évalué la TCC pour les non-répondeurs, révélant des réductions significatives des crises de boulimie.

Globalement, cette étude SMART a démontré l'efficacité du BWL, l'utilité de la naltrexone/bupropion pour les répondeurs, et la pertinence de la TCC pour ceux qui ne répondaient pas à la pharmacothérapie. Cette approche offre un modèle pour étudier des traitements psychologiques et pharmacologiques dans le temps

**ORIENTATIONS FUTURES :**

Le financement limité de la recherche sur les troubles de l'alimentation a probablement ralenti le développement des traitements (Kaye et Bulik 2021) ou, au minimum, n'a pas suffisamment soutenu le travail complexe de recherche sur les traitements des troubles de l'alimentation, en particulier l'anorexie (Agras et al. 2004, Lock et al. 2012). Malgré leur prévalence et les coûts sociaux et économiques associés, les troubles de l'alimentation reçoivent nettement moins de financements de recherche que d'autres troubles psychiatriques (Deloitte 2020). Une plus grande reconnaissance des disparités marquées dans le financement de la recherche sur ces troubles graves et coûteux est nécessaire et pourrait influencer les décisions politiques.

**Conclusion :**

Des progrès notables ont été réalisés dans le développement de traitements pour les troubles de l'alimentation, avec des approches psychologiques spécifiques recommandées pour l'anxiété, la nervosité et l'hyperphagie (Wilson et al. 2007). Toutefois, de nombreux patients, en particulier ceux souffrant d'anxiété, ne bénéficient pas suffisamment de ces traitements, soulignant ainsi le besoin urgent d'options plus efficaces. Les avancées pharmacologiques restent limitées, avec peu de médicaments disponibles et des résultats souvent insatisfaisants et non durables (Kaye et Bulik 2021).

**Dr Yassine Nassiri**

**Centre psychiatrique universitaire**

**CHU Souss Massa**

**Octobre 2024**