

Trouble des conduites alimentaires et trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité

Dr BONILLA Anthony
Psychiatre
CH ESQUIROL

Epidémiologie TCA

- Touchent préférentiellement les **femmes**
 - **AM** : $p(\text{👩}) = 0,9 \text{ à } 1,5\%$
 - **B** : $p(\text{👩}) = 1 \text{ à } 2\%$
 - **AH** : $p(\text{👩}) = 1,4 \text{ à } 3,5\%$
- Prévalences en augmentation, également chez hommes
- Prévalence plus importante des formes **subsyndromiques**
- Apparition ++ à l'**adolescence** / chez **jeunes adultes**
- Nombreuses **comorbidités psychiatriques, addictives et somatiques.**
- Prise en charge **multidisciplinaire**, peu de thérapeutiques médicamenteuses

TDAH

- **DSM 5**

A) Un mode persistant d'**inattention** (A1) et/ou d'**hyperactivité-impulsivité** (A2).

B) Certains symptômes étaient présent **avant l'âge de 12 ans**.

C) Symptômes présents dans ≥ 2 types d'environnement différents.

D) **Altération** du **fonctionnement** social / professionnel / qualité de vie.

E) Pas mieux expliqués par un autre trouble mental.

- **3 types**

➤ TDAH de présentation **inattentive prédominante**

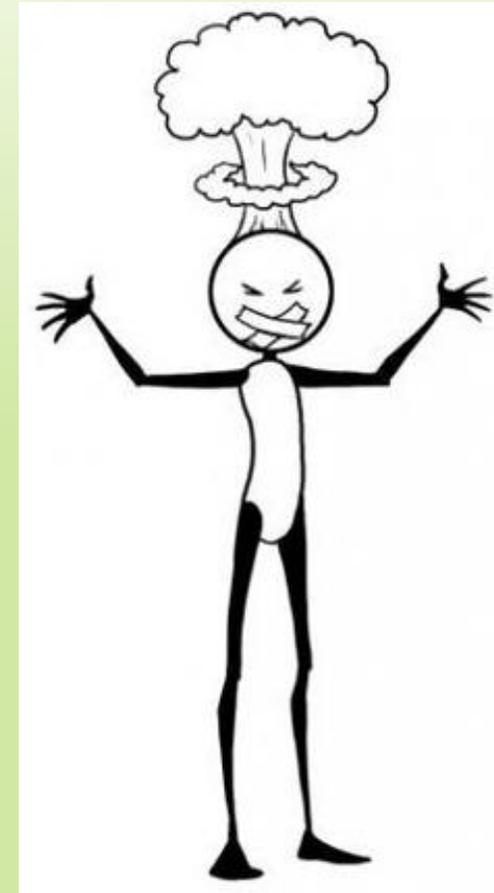
➤ TDAH de présentation **hyperactive/impulsive prédominante**

➤ TDAH de présentation **combinée**

Epidémiologie TDAH

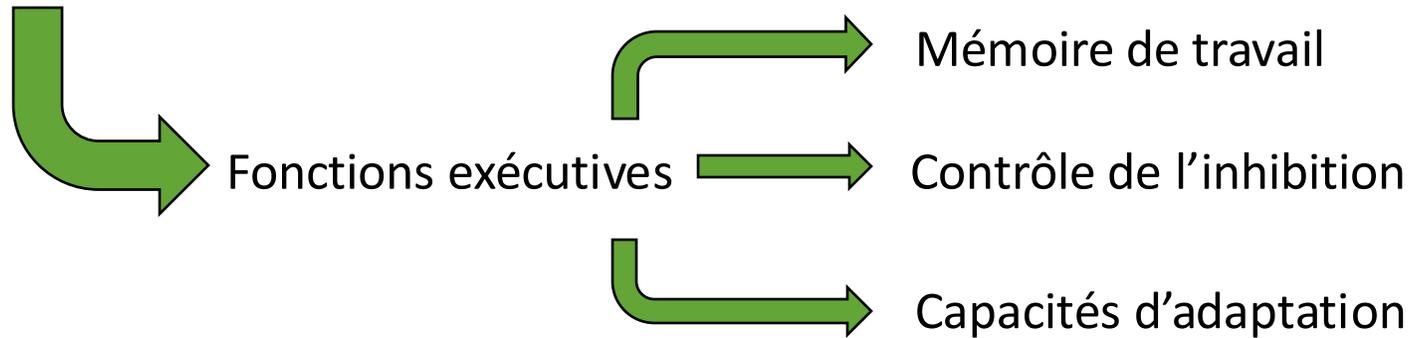
- Longtemps perçu comme **uniquement infantile**.
- Un des troubles **les plus fréquents** dans l'enfance (p. entre 5 et 7,1%).
- $p_{\text{👦}} > p_{\text{👧}}$ tandis que $p_{\text{👦}} = p_{\text{👧}}$.
- Prédominance du TDAH **combiné** dans l'enfance.
- Prédominance du TDAH de **présentation inattentive** chez l'adulte.
- Prévalence à l'âge adulte entre **2,5 et 5,2%**.
- Nombreuses **comorbidités psychiatriques** et **addictives**.
- Principal traitement = **amphétamines**.

Liens entre TCA et TDAH



Hypothèses : neuropsychologiques

- **Déficits neurocognitifs communs**



- Présents même lorsque **durée faible** du TCA ou **régression des symptômes**

- Difficultés **motivationnelles** + faibles capacités de **planification** → Suralimentation
Frénésies alimentaires

Hypothèses : neurobiologie et génétique

- Altérations **fonctionnelles** et **structurelles** : régions **frontales** et **striatales**

- Altération des **circuits** impliquant la **dopamine**

- **Syndrome déficit de récompense**

- Anomalie des gènes dopaminergiques → Nombre faible de récepteurs

- Phénotypes comportementaux → Moins de renforcements naturels



Comportements à risque pour obtenir une récompense



Compulsions alimentaires = automédication du déficit dopaminergique associé au TDAH

Hypothèses : impulsivité / inattention / hyperactivité

- **Chevauchement** symptomatique.
- Traits de personnalité associés aux TDAH → **Emergence de TCA.**
 - Exemple : Impulsivité → compulsions alimentaires / conduites de purge.

- A l'inverse : TCA → trouble attentionnel
± comportements impulsifs
± comportements impulsifs

Syndrome
TDAH-like

Hypothèses : problèmes d'intériorisation

- **Manque de conscience** des signaux **intérieurs** de faim et de satiété
 - Oubli de manger → manque de contrôle / suralimentation
 - Faible sensation de faim → Hypercontrôle pour atteindre un stéréotype
 - Faible sensation de satiété → Hyperphagie
- Compulsions alimentaires comme moyen **d'adaptation** aux conséquences du TDAH
 - Frustration
 - Humeur négative

TCA et TDAH comorbide

- p(TDAH) dans les TCA : entre **1,6 et 18%** selon les études
- **Association positive** entre TDAH et **tous les TCA** chez les femmes
- \emptyset association positive entre TDAH et **anorexie mentale** chez l'homme
- Association d'autant plus forte qu'il existe des **compulsions alimentaires**

TDAH et TCA comorbide

- Etudes prospectives : apparition de TCA > enfants TDAH vs enfants non-TDAH
- Critères du syndrome de **perte du contrôle alimentaire** (éq. BED infantile)
- Prévalence vie entière = **21,8%** chez les femmes TDAH
- Prévalence **13x supérieure** chez les femmes TDAH

TDAH et obésité

- **Augmentation du risque** de surpoids / obésité chez enfants et adultes TDAH
- Risque **2 fois supérieur** chez les hommes
- TDAH dans l'enfance = risque accru de développer des **accès hyperphagiques**
- **Taux plus élevés** d'accès hyperphagiques chez adultes TDAH
- Obésité **possiblement médiée** par **accès hyperphagiques**

Protocole TCA- TDAH

- Etude **transversale descriptive** ouverte, monocentrique
- Personnes **adultes** prises en charge sur le **CH Esquirol** pour un **TCA**

Objectifs

- Objectif principal

- Evaluer la **proportion du TDAH** chez des **adultes** pris en charge pour un **TCA**

- Objectifs secondaires

- **Caractérisation** des personnes présentant un double diagnostic

- Recherche de **différences** entre TCA seul et TCA-TDAH comorbide

Population étudiée

• Critères d'inclusion

- \geq 18 ans
- Prise en charge sur le CHE pour un TCA, IMC entre 12 et 50kg/m²
- Signature du **consentement**

• Critères de non-inclusion

- Maladie grave / trouble psychiatrique décompensé / Intoxication ou sevrage
- Protection juridique / femmes enceintes / absence d'assurance sociale
- Risque suicidaire élevé

Recherche du TDAH

- **Dépistage** → **ASRS-v1.1** (*Adult ADHD Self Report Scale*)
 - Questionnaire d'**auto-évaluation**.
 - Utilisation des **6 critères** considérés comme **les plus prédictifs**.
 - Bonne sensibilité et bonne spécificité (96%).
 - Orientation vers un TDAH si ≥ 4 **critères** positifs.
- **Diagnostic** → **DIVA 2.0** (*Diagnostisch Interview Voor ADHD bij volwassenen*)
 - **Entretien semi-structuré** basé sur les critères DSM-IV-TR.
 - Exemples **concrets**, comportements actuels et passés.
 - Critères d'inattention, d'hyperactivité-impulsivité, retentissement.

Caractéristiques recherchées

- **Risque suicidaire**
 - Consommations de **tabac**
 - Consommations d'**alcool**
 - Consommations de **cannabis**
 - **Activité physique**
 - **Impulsivité**
 - **Traits de personnalité**
- Echelle de **Ducher**
 - Test de **Fagerström**
 - **AUDIT** (*Alcohol Use Disorder Test*)
 - **CAST** (*Cannabis Abuse Screening Test*)
 - **GPAQ** (*Global Physical Activity Questionnaire*)
 - **BIS-11** (*Barratt Impulsiveness Scale*)
 - **TCI-150** (*Temperament and Character Inventory*)

Proportion du Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité chez les adultes souffrant d'un trouble du comportement alimentaire

2019-A03036-51

Promoteur : CH Esquirol

Objectifs

Principal

Évaluer la proportion du TDAH chez des sujets adultes souffrant d'un TCA.

Secondaires

- Décrire la population à l'inclusion
- Proportion TDAH dg antérieur/1^{er} dg étude
- Différence entre sujets avec ou sans TDAH :
 - Age, Fagerström, AUDIT, CAST, Barratt (anorexie mentale, boulimie, hyperphagie boulimique), BSQ-34, Ducher, GPAQ
 - Fréquence TDAH /type de TCA
 - Personnalité (TCI)/ type de TCA

120 Participants

Période inclusion : 12 mois
Participation : 1 mois

Investigateur Principal
Pr NUBUKPO

Chef de projet
BONILLA Anthony

Unité : TCA
Promoteur : CHE

Critères d'inclusion et de non-inclusion

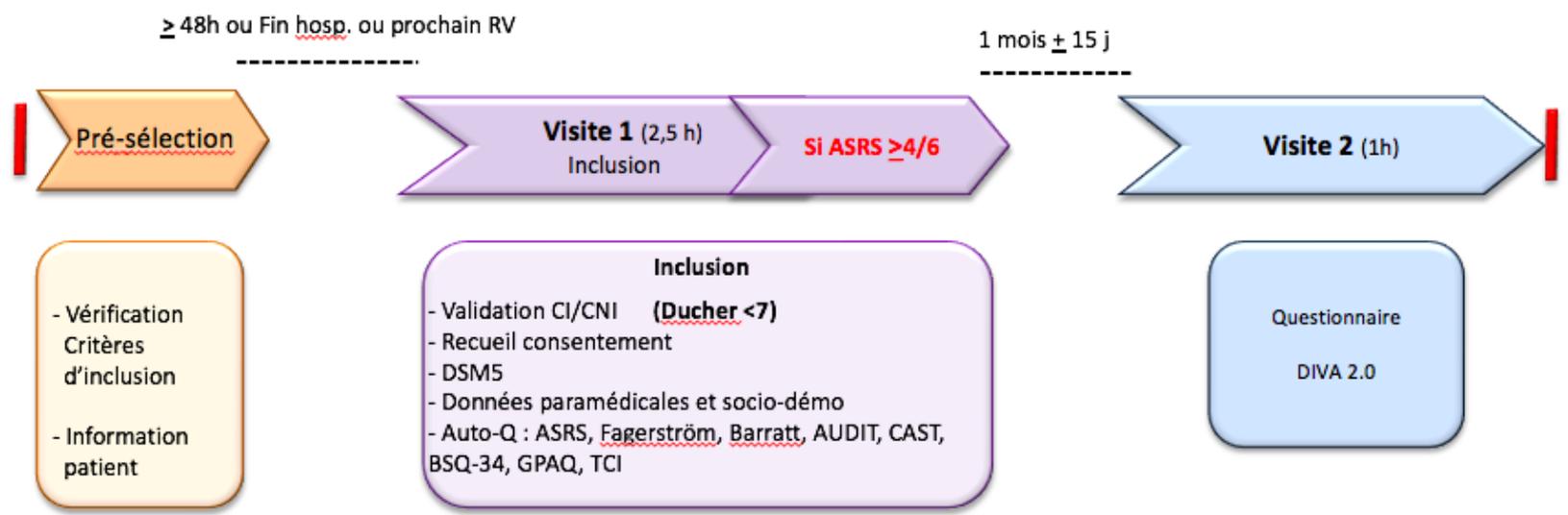
Inclusion

- Âge > à 18 ans,
- Sujet hospitalisé ou pris en charge en ambulatoire pour TCA dont IMC compris entre 12 et 50kg/m².
- Sujet acceptant de participer à l'étude
- Consentement

Non-inclusion

- Difficultés de compréhension
- Maladie grave engageant le pronostic vital,
- Intoxication ou présence des symptômes de sevrage au moment de la passation des questionnaires,
- Pathologie psychiatrique décompensée
- **Risque suicidaire important (score ≥ 7)**
- Tutelle, curatelle, sauvegarde de justice
- Femmes enceintes, non assurés sociaux

Schéma de l'étude



Résultats

- **120 participants**
 - **115** 🧑 (96%)
- Âge moyen : **31 ans** (18-72)
- **Célibataires** (74%)
- En **activité professionnelle** (39%) ou **étudiants** (37%)
- Vivent **seul** (41%) ou **chez parents** (32%)
- Au moins **niveau Bac** (80%)

Résultats

- TCA

- **AM restrictive** : 49%
 - AM purgative : 18%
 - Boulimie : 22%
 - BED : 11%
- } **67% d'AM**

- Age de début des troubles : 18 ans

- Age de première prise en charge en psychiatrie : 24 ans

- Mode d'hospitalisation

- **Ambulatoire** : 53%
- Hospitalisation conventionnelle : 41%

Résultats

- Antécédent psychiatrique : **56%**
 - **EDC** : 47%
 - Trouble anxieux : 29%
 - Trouble de la personnalité : 11%
 - TUA : 7,5%
- Consommation de substances :
 - Tabac : 34%
 - Alcool : 59%
 - Cannabis : 15%

Résultats

- **ASRS positives : 63**
 - **DIVA positives : 61**
 - → 43 présentation **combinée** → 70,5%
 - → 16 présentation **inattentive prédominante** → 26,2%
 - → 2 présentation **hyperactive/impulsive prédominante** → 3,3%
- Proportion de DIVA positive (TDAH) : **51%**
- **CEPENDANT**
 - Critères **apparition des symptômes avant l'âge de 7 ans**
 - 27 OUI **35 NON** 1DM
- Quid du syndrome TDAH like ?

Comparaison TDAH vs Non-TDAH vs pop° globale

Variable	TDAH	Non-TDAH	Population globale
AM ($p = 0,029$)	39%	59%	49%
Boulimie ($p = 0,021$)	31%	14%	23%
ATCD psy ($p = 0,011$)	67%	44%	56%
ATCD EDC ($p = 0,017$)	57%	36%	47%
Tabac ($p = 0,047$)	43%	25%	34%
Score AUDIT ($p = 0,026$)	7,5	4,3	6,4
Score BSQ-34 ($p = 0,011$)	140	122	131
Score BIS-11 ($p = 0,015$)	71	68	69

Comparaison TDAH vs Non-TDAH vs pop° globale

- Résultats du TCI

- Chez les TDAH

- → **Dépendance à la récompense** ($p = 0,029$)
- → **Transcendance** ($p < 0,01$)
- → **Evitement du danger** ($p = 0,019$)

- Chez les Non-TDAH

- → **Détermination** ($p = 0,08$)

Comparaison TDAH en fonction du sous-type

- Exclusion type inattention prédominante pour analyses en sous-groupe

Variable	TDAH mixte (43)	TDAH hyperactivité / impulsivité (16)
Âge	30 ans	32 ans
Statut marital	Célibataire : 79%	Célibataire : 89%
% femme	95%	100%
Mode de prise en charge	Ambulatoire : 53%	Hospitalisation complète : 63%
TCA	AR : 42% > boulimie : 30%	Boulimie : 38% > AR & AP : 25%
Âge début TCA	17 ans	18 ans
ATCD psychiatrique	65%	69%
Fagerström	40%	50%
Consommation d'alcool	70%	56%
Consommation cannabis	12%	19%

Comparaison TDAH en fonction du sous-type

- Ø Différences scores BIS-11 (≈ 70) et BSQ-34 (≈ 142)
- Score TCI
 - Dépendance à la récompense > TDAH mixte ($p = 0,045$)
 - Recherche de nouveauté > TDAH mixte ($p = 0,017$)

Comparaison TDAH en fonction du sous-type

• AM restrictive

- Plus forte **alexithymie** ($p = 0,010$) & plus grande **détermination** ($p = 0,033$)
- Plus **d'hospitalisation complète** (61%, $p < 0,001$)

• Boulimie

- Plus grande **transcendance** ($p = 0,010$)
- Plus grande **recherche de nouveauté** ($p < 0,001$)
- Score plus élevé à **l'ASRS** ($p = 0,002$)
- Score plus élevé **BSQ-34** ($p < 0,001$)

• BED

- Plus forte **dépendance à la récompense** ($p = 0,02$)
- Plus grande **transcendance** ($p = 0,010$)
- Âge de **début de prise en charge** supérieur (37 ans, $p = 0,003$)
- Plus grande **consommation tabac & alcool** (85%, $p = 0,010$; 54%, $p = 0,017$)

Comparaison TDAH en fonction du sous-type

- Positivité DIVA
 - **70%** → **Boulimie** & **69%** → **BED**
 - vs 43% → AM purgative & 41% → AM restrictive
- Type de TDAH
 - Type **mixte** le plus fréquent quel que soit le TCA

Avantages et limites de l'étude

- **Evaluation originale** des symptômes, **nombreux questionnaires**.
- Très peu d'études en France.
- Utilisation d'auto-questionnaires → biais de **classement**.
- Utilisation de la DIVA → biais de **mémorisation**.
- DIVA réalisée par un seul médecin → biais **d'évaluation**.
- Recrutement de patient suivi en psychiatrie → biais **de sélection**.
- **% d'homme** faible.

Discussion

- Le TDAH **précède** forcément le TCA mais peut se révéler après.
- Association ++ avec **conduites de purges / compulsions alimentaires**.
- Difficulté du **chevauchement diagnostique - syndrome TDAH-like**.
- Quid du **traitement** du syndrome TDAH-like ?
- Quid de la **prise en charge** des patients avec double diagnostic ?
 - AMM des amphétamines pour les AH aux USA.
 - Efficacité dans la boulimie (Case report).
 - Aucune étude dans l'anorexie mentale.
- Risque de **mésusage** ?

Conclusion

- Comorbidité TCA-TDAH encore trop **peu connue**
- Hypothèses relationnelles **nombreuses**
- Prise en charge **floue**
 - **Absence de recommandations** concernant le traitement pharmacologique
- Retard de la France en comparaison aux pays limitrophes et aux USA
- D'autres études sont nécessaires, notamment sur le plan pharmacologique



Merci de votre attention