

Troubles de la conduite alimentaire, de l'image corporelle et Diabète

Danielle Taddeo

Pédiatre

Médecine de l'adolescence

CHU Sainte-Justine

10 mai 2024

- 
-
- Je n'ai pas de conflit d'intérêt à déclarer



Objectifs de la présentation

- Reconnaître l'incidence de ces problématiques
- Identifier les facteurs de risque et indices cliniques précurseurs ou évocateurs de ces désordres
- Discuter de la prise en charge et de l'accompagnement du patient



Épidémiologie

- Risque de 2,4 fois supérieur de développer un TCA chez les femmes diabétiques (Boulimie plus fréquente que l'anorexie) (Jones et al BMJ 2000; Young et coll 2013);
- Dysfonction alimentaire: risque de 28% chez les adolescentes et 9% des adolescents avec DB (Wisting et al, 2013)



Épidémiologie

- Diabetes and disordered eating behaviours in a community-based sample of Australian adolescents. Pursey et al. Journal of Eating disorders 2020 (52 ados avec DB sur 4854 ados de 11-19 ans))
 - Auto-vomissements: 19,2 vs 3,3%
 - Laxatifs: 15,4 vs 2,1%
 - Diète « extrême » pour perte de poids: 13,5 vs 4,7%
 - Restriction fréquente d'insuline (≥ 1 fois/sem): 17%
 - Préoccupations corporelles, jeûne, exercice et fringales plus fréquents sans atteindre une signification statistique
- Sivertsen en 2014 (40 ados avec DB sur 9883 ados de 16-19ans)
 - Aucune évidence de psychopathologie plus fréquente incluant le comportement alimentaire selon l'EDS-5
 - ? Grâce à la pompe? Très utilisée en Norvège
 - MAIS l'EDS-5 n'est pas un questionnaire spécifique au DB donc ne capte pas la restriction/omission d'insuline



Épidémiologie

- Depression, disturbed eating behavior, and metabolic control in teenage girls with type 1 diabetes. Colton et al. Pediatric Diabetes 2013 (Toronto!)
 - 2 évaluations à 5 ans d'intervalle (9-14 puis 14-18 ans) chez 98 filles avec DB
 - À 5 ans
 - Symptômes dépressifs: 12,2%
 - Dysfonction alimentaire: 49%
 - TCA dx ou subclinique: 13,3%
 - Aucune association significative avec le contrôle MB



TCA et Diabète

- Le « Diabetes Control and Complications Trial » a établi que le maintien d'un contrôle glycémique dans les valeurs normales grâce à la diète, à l'exercice et aux nombreuses vérifications des glycémies et des multiples doses d'Insuline, améliorerait la santé à long terme des diabétiques ...



TCA et Diabète

- MAIS ce traitement intensif est associé à une augmentation du risque de **gain de poids** (en moyenne 10,45 lbs de plus dans le groupe de tx intensif vs tx habituel), qui est difficile à perdre... Les femmes en étaient préoccupées...
- Autres aspects du tx du DB pourraient augmenter le risque de développer une dysfonction alimentaire, comme l'attention à porter aux portions et au poids= pensée rigide rencontrée dans le TCA



Quel est le lien entre le TCA et le DB?

- Prise en charge du DB entraînant risque accru de développer un TCA:
 - emphase sur la diète
 - planification des repas détaillée
 - précision des portions d'aliments
 - constant monitoring des apports alimentaires surtout hydrates de Carbone
- Certaines personnes avec le DB développent des fixations p/r à la nourriture, trouvent difficile d'avoir habitudes normales et peuvent mal utiliser l'insuline pour le contrôle du poids
- 60% des personnes auto-rapportaient une restriction d'insuline



Étiologie

- La gestion du DB met l'emphase sur la nourriture et le poids dès le début
- Dx est stressant à recevoir et les jeunes peuvent se sentir différents de leurs pairs
- Sentiment de ne pas être en contrôle de son corps et anxiété face aux complications et à la mort peuvent contribuer à un besoin de contrôle dans les autres sphères de vie comme le poids et l'alimentation
- Le début du DB durant l'enfance peut soulever enjeux en lien avec le contrôle de l'insuline et de la diète. Ce sont les parents qui s'en occupent durant l'enfance et la transfert de responsabilité peut être anxiogène pour les 2 partis.
- Les décisions autour de la gestion du DB peuvent devenir entremêlées avec la recherche normale d'autonomie par l'adolescent



Étiologie

- Pour le jeune, ne pas réussir à gérer le DB efficacement peut être un moyen d'exprimer une **frustration face au dx** et servir de communication puissante à l'intérieur de la famille
- Les **restrictions nutritionnelles** imposées par la gestion du DB peuvent entraîner des **fringales** et la **restriction en Insuline peut être utilisée** comme un moyen compensatoire de gestion du poids
- Des **facteurs émotionnels** sont aussi importants: détresse émotionnelle et dépression plus souvent présentes chez les jeunes qui se restreignent en Insuline
- La restriction en Insuline est associée à attitude plus négative envers le DB, un sentiment d'inefficacité personnelle et de la difficulté à reconnaître ses émotions
- Restriction en Insuline peut être une forme d'auto-mutilation pour certains...



Étiologie

Disordered eating behaviours in adolescents with type 1 diabetes can be influenced by their weight at diagnosis and rapid weight gain subsequently

Diabet Medicine, nov 2023

- **Results:** In 84 (**28.9%**) adolescents, disordered eating behaviours were found. Disordered eating behaviours were positively associated with **female** sex ($\beta = 3.01$ [SE = 0.97], $p = 0.002$), **higher BMI-Z score** ($\beta = 2.08$ [SE = 0.49], $p < 0.001$), **higher HbA_{1c}** ($\beta = 0.19$ [SE = 0.03], $p < 0.001$) and **treatment with multiple daily injections of insulin** ($\beta = 2.19$ [SE = 1.02], $p = 0.032$). **At type 1 diabetes diagnosis, higher BMI-Z score** ($\beta = 1.54$ [SE = 0.63], $p = 0.016$) for those diagnosed **before age 13 years** and **increased weight gain at 3 months post-diagnosis** ($\beta = 0.88$ [SE = 0.25], $p = 0.001$) in **females diagnosed at age 13 years or older** were found to be risk factors for disordered eating behaviours.
- **Conclusions:** Disordered eating behaviours are common among adolescents with type 1 diabetes and are associated with various parameters, including BMI at diagnosis and the rate of weight gain at 3 months post-diagnosis in females. Our findings highlight the **need for early preventive efforts for disordered eating behaviours and interventions to avoid late diabetes complications.**



TCA et Diabète

- Quelques études ont examiné les facteurs de risque de développer une dysfonction alimentaire:
 - IMC plus élevé
 - Préoccupations plus grandes en lien avec le poids et l'apparence
 - Faible estime de soi, insatisfaction corporelle
 - Affect dépressif
 - Filles
 - Perfectionnisme
 - TCA chez parent (mère surtout)
 - Problèmes familiaux
 - Préoccupation constante pour la nourriture
 - Stress de la maladie chronique
 - Difficulté d'adaptation
- Elles supportent le modèle de Goebel-Fabbri et coll.

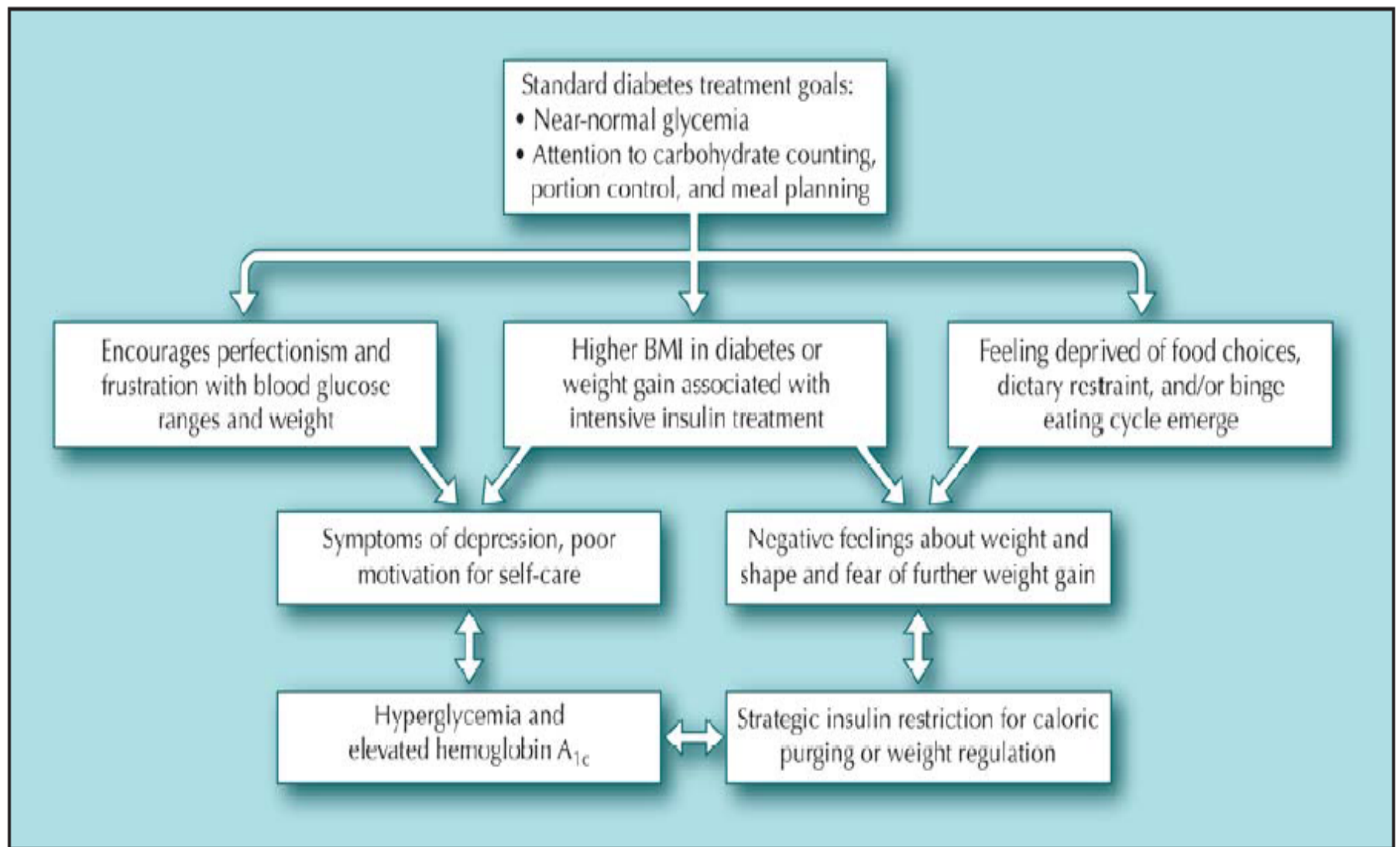


Figure 1. Model of eating disorders in type 1 diabetes. BMI—body mass index. (Adapted from Goebel-Fabbri et al. [15].)



Dysfonction alimentaire

- Dysfonction alimentaire: symptômes de troubles de la conduite alimentaire n'ayant pas la fréquence ou la sévérité pour remplir les critères diagnostiques précis d'anorexie ou de boulimie:
 - Suivre un régime pour perdre du poids
 - Fluctuations chroniques du poids
 - Rituels rigides autour de l'alimentation ou de l'exercice
 - Crainte de certains aliments en particulier
 - Sentiment de honte ou de culpabilité associés à l'alimentation
 - Jeûne ou purge pour compenser pour l'ingestion de « mauvais aliments »
 - Crises de boulimie, sentiment de perte de contrôle en lien avec les aliments
 - Auto-vomissements, laxatifs ou diurétiques
 - Exercices en excès
 - Restriction de l'insuline



Diaboulimie

- Utilisation inadéquate de l'insuline (omission ou doses trop faibles) comme moyen de contrôler son poids ou comme méthode compensatoire pour les épisodes de fringales
- Ex: omission des bolus aux repas mais prise de la basale



Restriction d'Insuline

- Absence d'entrée de glucose dans les cellules →
- Perte de glucose dans les urines →
- Utilisation d'autres sources d'énergie →
- Perte de poids

- 31% des femmes diabétiques rapportent une restriction volontaire d'insuline (40% entre 15 et 30 ans=pic d'incidence)
- Conséquences:
 - Pauvre contrôle glycémique; HbA1c plus élevée; acidocétose
 - Plus d'hospit. et visites à l'urgence
 - Neuropathie, néphropathie et rétinopathie plus fréquentes
 - Attitude plus négative face au DB
 - Isolement
 - Détresse psychologique
 - Augmentation du risque de mortalité sur période d'observation de 11 ans
 - DB: 0,4%
 - AN: 0,9%
 - DB et AN: 1,45%



Anorexie nerveuse

Critères diagnostiques

DSM -5

- **Restriction** des apports énergétiques par rapport aux besoins, entraînant un **poids significativement bas** pour l'âge, le sexe, le stade de développement et la santé physique. Un poids significativement bas est un poids inférieur au minimum de la normale ou, pour les enfants et les adolescents, inférieur au minimum attendu.
- **Peur intense de prendre** du poids ou de devenir gros, ou comportement persistant interférant avec le gain de poids, alors que le poids est inférieur à la normale.
- **Perturbation de l'estimation de son poids corporel ou de ses formes, influence excessive** du poids ou de l'aspect corporel sur l'estime de soi, ou **déni de la gravité de l'amaigrissement**.
 - Type restrictif
 - Type boulimique purgatif



Boulimie nerveuse

Critères diagnostiques

DSM -5

- Épisodes récurrents de crises de boulimie
 - Consommation, en une période de temps limitée, d'une quantité de nourriture **largement supérieure** à ce que la plupart des personnes consommeraient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances.
 - Un sentiment de **perte de contrôle** sur l'alimentation
- Présence d'un **comportement compensatoire** récurrent et inapproprié afin de prévenir le gain pondéral, tels les auto-vomissements, l'usage inapproprié de laxatifs, de diurétiques ou autres médications, le jeûne ou l'exercice excessif.
- Au moins un épisode boulimique avec comportement compensatoire inapproprié par semaine en moyenne pendant au moins trois mois.
- L'estime de soi est indûment influencée par l'aspect corporel et le poids.
- Le trouble ne survient pas exclusivement durant les épisodes d'anorexie nerveuse



Boulimie nerveuse

- Typiquement **honteux** du TCA et tente de cacher les symptômes
- Les fringales se vivent en **secret**
- Les fringales se poursuivent jusqu'à l'inconfort ou la douleur
- Un affect négatif précède souvent les épisodes
- Autres facteurs déclenchants:
 - Stresseurs interpersonnels
 - Restriction alimentaire
 - Sentiments négatifs liés au poids, à la forme du corps ou aux aliments
 - Ennui
 - **Hypoglycémie**
- Poids **NORMAL** ou au-dessus

Boulimie nerveuse

Comportements compensatoires

- Quand l'exercice est-il excessif?
 - Interfère avec des activités importantes
 - Survient à moments inappropriés ou dans contextes inappropriés
 - Continue malgré blessure ou autre complication médicale
- Diabète: omission ou réduction des doses d'Insuline
- FK: omission ou réduction des enzymes pancréatiques





Hyperphagie boulimique

- A. Épisodes récurrents de crises de boulimie ("*binge eating*"). Un épisode est caractérisé par les deux éléments suivants:
 - absorption, en une période de temps limitée (par exemple, en 2 heures), d'une quantité de nourriture **largement supérieure** à ce que la plupart des gens mangeraient dans une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances;
 - sentiment d'une **perte de contrôle** sur le comportement alimentaire pendant l'épisode (par exemple, sentiment de ne pas pouvoir s'arrêter de manger ou de ne pas pouvoir contrôler ce que l'on mange ou en quelle quantité).



Hyperphagie boulimique

- B. Les épisodes de boulimie sont associés à 3 des caractéristiques suivantes (ou plus) :
 - manger beaucoup plus rapidement que la normale
 - manger jusqu'à se sentir inconfortablement plein
 - manger de grandes quantités de nourriture sans ressentir la faim physiquement
 - manger seul parce qu'on se sent gêné par la quantité de nourriture que l'on absorbe
 - se sentir dégoûté de soi-même, déprimé ou très coupable après avoir trop mangé



Hyperphagie boulimique

- C. Le comportement boulimique est la source d'une souffrance marquée.
- D. Le comportement boulimique survient, en moyenne, au moins une fois par semaine depuis 3 mois.
- E. Le comportement boulimique n'est pas associé à l'utilisation récurrente de comportements compensatoires inappropriés comme dans la boulimie nerveuse et ne survient pas exclusivement au cours d'une boulimie nerveuse ou d'une anorexie nerveuse.



Orthorexie

- Critères:
 - Préoccupation importante avec les comportements alimentaires résultant en des règles rigides
 - La compliance avec ces règles a grande une influence sur l'estime de soi
- Conséquences:
 - Détresse émotionnelle, anxiété, problèmes de concentration et culpabilité secondaire à l'incapacité de manger santé
- Entre 1 et 7% de la population générale
- Mais 13,4% des adultes et jusqu'à 81,3% des enfants et adolescents avec DB type 1



Signes avant-coureurs d'un trouble alimentaire en présence de DB

- Mauvais résultats à l'école
- Difficultés dans les relations interpersonnelles
- Négligence a/n de la surveillance de la glycémie et de l'administration d'insuline
- Symptômes de dépression
- Souvent à la diète
- Utilisation de laxatifs et de diurétiques
- Vomissements provoqués
- Hypokaliémie
- Perte de poids importante
- Aménorrhée
- Attention extrême portée à la taille ou à la forme du corps
- Exercice physique excessif
- Hypoglycémie récurrente liée à l'exercice physique ou à la restriction alimentaire
- Plan alimentaire avec très peu de calories
- Faibles doses d'Insuline
- Augmentation inexplicquée des taux HbA1c
- Hyperglycémie persistante le matin
- Un plus grand nombre d'épisodes d'acidocétose DB



Dépistage

- Accent sur le langage utilisé lors des conversations: éviter tout langage qui pourrait donner l'impression de blâmer ou d'humilier les patients
- Ex: « Ton taux HbA1c est de plus en plus élevé. Est-ce que tu sautes des doses d'insuline pour perdre du poids? »
- Vs
- « Ton taux HbA1c ne cesse d'augmenter. J'ai l'impression que tu as de la difficulté à prendre l'insuline. Les gens peuvent avoir plusieurs raisons d'avoir de la difficulté...y a-t-il quelque chose qui rend ça plus compliqué pour toi? »



Dépistage

OUTIL mSCOFF

- 1. Vous arrive-t-il de vous faire vomir (**Sick**) parce que vous avez la sensation inconfortable d'avoir trop mangé?
- 2. Craignez-vous d'avoir perdu le **C**ontrôle sur la quantité que vous consommez?
- 3. Avez-vous récemment perdu au moins 14 livres (**O**ne stone) au cours d'une période de trois mois?
- 4. Considérez-vous que vous faites de l'embonpoint (**F**at) alors que les autres vous disent que vous êtes trop mince?
- 5. Vous arrive-t-il de prendre moins d'insuline que vous ne le devriez?
 - Diriez-vous que la nourriture (**F**ood) est quelque chose qui occupe une place dominante dans votre vie

- Zuijdwijk CS, Pardy SA, Dowden JJ, Dominic AM, Bridger T, Newhook LA. The mSCOFF for screening disordered eating in pediatric type 1 diabetes. *Diabetes Care*. 2014;37(2):e26-e27.
- *Les auteurs ont modifié cette question pour qu'elle se rapporte directement au diabète.

The Diabetes Eating Problem Survey- Revised (DEPS-R)

The Diabetes Eating Problem Survey – Revised (DEPS-R) is a screening tool that has been designed to screen adolescents and adults with type 1 diabetes who may have an eating disorder. It asks questions about eating habits, diabetes control, insulin misuse, and other compensatory behaviours. This is a screening tool, not a diagnostic tool, and can help facilitate further evaluation or referral to specialists.

Do you take insulin? Yes No If No, do not complete this form.						
Living with diabetes can sometimes be difficult, particularly regarding eating and diabetes management. Listed below are a variety of statements regarding diabetes management. For each statement, tick (✓) the ONE answer that indicates how often this is true for you during the PAST MONTH.						
How often this is true for you during the past month...	Never	Rarely	Sometimes	Often	Usually	Always
Losing weight is an important goal to me	0	1	2	3	4	5
I skip meals and/or snacks	0	1	2	3	4	5
Other people have told me that my eating is out of control	0	1	2	3	4	5
When I overeat, I don't take enough insulin to cover the food	0	1	2	3	4	5
I eat more when I am alone than when I am with others	0	1	2	3	4	5
I feel that it's difficult to lose weight and control my diabetes at the same time	0	1	2	3	4	5
I avoid checking my blood sugar when I feel like it is out of range	0	1	2	3	4	5
I make myself vomit	0	1	2	3	4	5
I try to keep my blood sugar high so that I will lose weight	0	1	2	3	4	5
I eat in a way to get ketones	0	1	2	3	4	5
I feel fat when I take all of my insulin	0	1	2	3	4	5
Other people tell me to take better care of my diabetes	0	1	2	3	4	5
After I overeat, I skip my next insulin dose	0	1	2	3	4	5
I feel that my eating is out of control	0	1	2	3	4	5
I alternate between eating very little and eating huge amounts	0	1	2	3	4	5
I would rather be thin than to have good control of my diabetes	0	1	2	3	4	5
Sub-totals						
Scoring instructions: 1. Calculate the mean of all non-missing items. 2. Multiply this value by 16. Possible total score 0 to 80. A score >20 indicates more disordered eating behaviour and warrants in depth conversations/referrals.				TOTAL SCORE		/80

Markowitz, J. T., Butler, D. A., Volkering, L. K., Antisdel, J. E., Anderson, B. J., & Laffel, L. M. (2010). Brief Screening Tool for Disordered Eating in Diabetes: Internal Consistency and External Validity in a Contemporary Sample of Pediatric Patients with Type 1 Diabetes. *Diabetes Care*, 33, 495-500.



Évaluation médicale

- Anamnèse:

Histoire de la maladie actuelle:

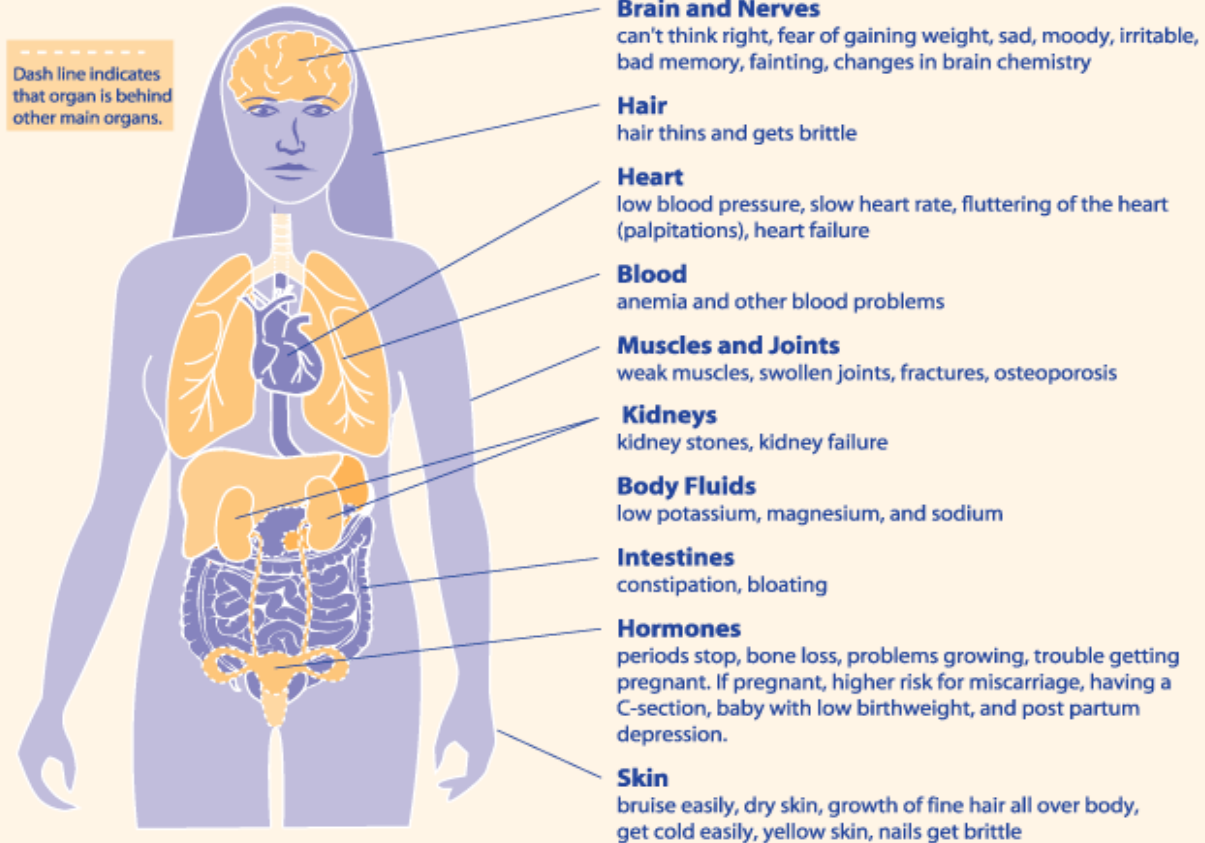
- Début du comportement, facteur déclenchant, objectif
- **Perte ou gain de poids; Poids maximum et minimum**
- Alimentation, restriction, fringales, calcul
- Auto-vomissements, laxatifs
- Activités physiques, hyperactivité
 - Avec la perte de poids, les sports actifs sont remplacés par une **agitation**: incapacité à rester en place, qui n'est pas volontaire
- Image corporelle
 - **Distorsion (garçon vs fille)**
 - **Vérification**
 - **Dysphorie de genre**
- Préoccupations (% peut être utile dans le suivi)



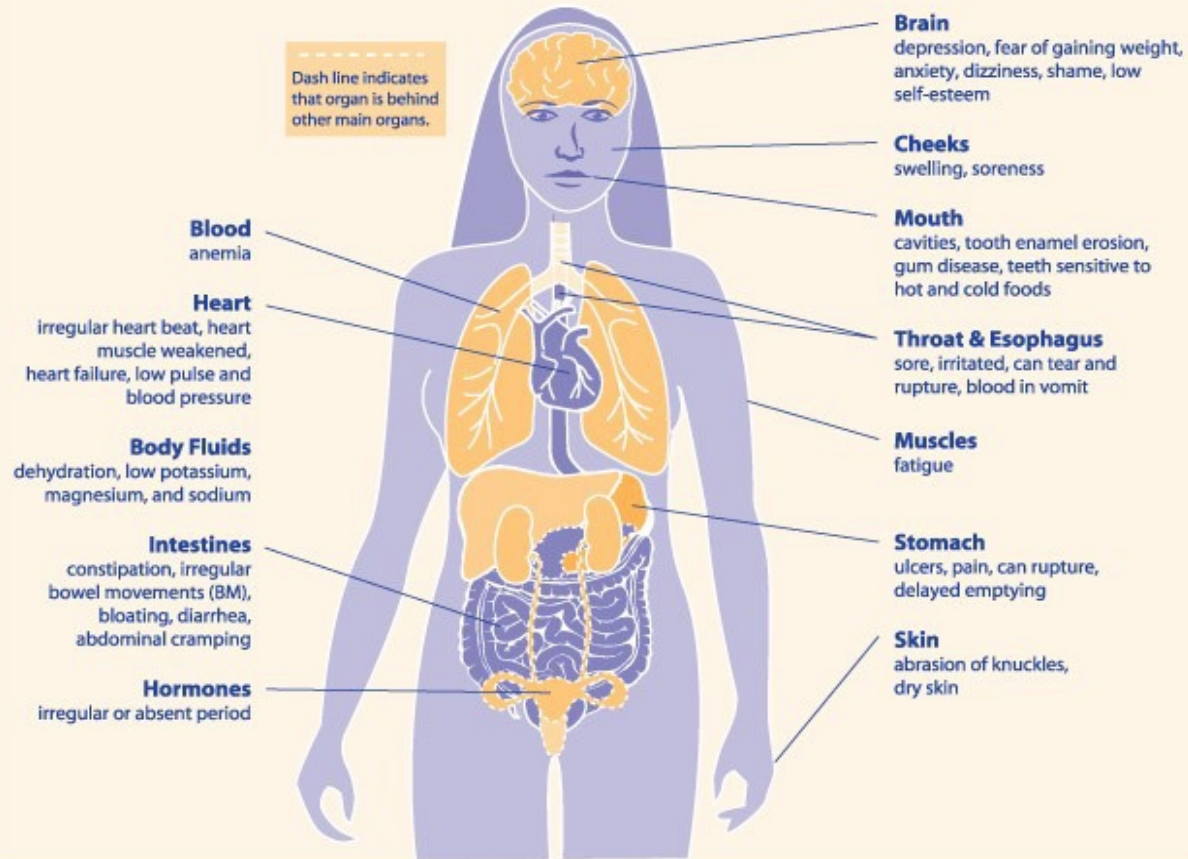
Évaluation médicale

- Anamnèse :
 - Histoire de la maladie actuelle
 - Rituels, manies (manger très lentement, petites bouchées)
 - Grand intérêt pour les recettes et les cuisiner
 - Oblige autres membres de la famille à manger
 - Crainte de manger en public
 - Pesées fréquentes / Séances au miroir

Anorexia affects your whole body



How bulimia affects your body





Évaluation médicale

- **Revue des systèmes**
 - Neuro (céphalées, étourdissements)
 - Cardiaque (palpitations, douleurs)
 - Pulmonaire (essoufflement)
 - Digestif (douleur abdominale, plénitude précoce, nausées, constipation, diarrhée, ballonnement)
 - Urinaire (augmentation ou diminution des mictions)
 - Dermato (lanugo, perte de cheveux)
 - Gynéco (date des dernières menstruations, contraception, abus sexuel)
 - Fatigue, faiblesse, frilosité
 - Sommeil



Évaluation médicale

- **Questionnaire Psycho-social:**

- **H**ome (relation avec parents avant et depuis la maladie (TCA et DB), avec fratrie)
- **E**ducation (scolarité, intérêt, résultats, projet)
- **A**ctivités, affect, amis
 - Loisirs
 - Anxiété, symptômes dépressifs
 - Idées suicidaires
 - Chez 50% des ado avec AN
 - Tentative de suicide chez 3 à 7%
 - Ass. à dépression, type avec boulimie/purgation, durée de la maladie
 - Isolement social
 - **Adaptation au diabète**
- **D**rogues
- **S**exualité
- **S**ommeil



Évaluation médicale

- **Examen physiquecomplet**
 - Ralentissement psycho-moteur
 - Taille, poids, IMC, SV (pouls, TA, température)
 - État d'hydratation, de perfusion périphérique
 - Cou (thyroïde)
 - ORL (**haleine**, dents, blessures...)
 - Cœur
 - Abdomen (selles, globe vésical)
 - Réflexes ostéotendineux
 - Peau (auto-mutilation, lanugo, dos, teint caroténémique)



Évaluation médicale

- **INVESTIGATION... selon l'évaluation**
 - Formule sanguine complète
 - Glycémie, HbA1c
 - Urée, créatinine
 - Électrolytes (Na, K, Cl)
 - Ca, Mg, Phosphore
 - Protéines totales , albumine
 - Bilan hépatique
 - Bilan thyroïdien
 - Ferritine, vitamine D, Vitamine B12
 - Analyse d'urine
 - ECG, échographie cardiaque
 - Ostéodensitométrie après 6-12 mois d'aménorrhée



Annonce du diagnostic

- Dire pourquoi, interpréter les trouvailles du questionnaire et de l'examen physique
- Rencontre avec les parents: essentielle
 - Obtenir leur perception de la situation (avec tact)
 - Leur faire part de notre impression diagnostique
 - Déculpabiliser
 - Explication de la maladie si TCA et de son évolution
 - Peu d'interprétation des causes possibles à ce stade
 - Message positif: la majorité des adolescentes ont une bonne évolution mais cela peut être long...
 - Miser sur les forces de l'adolescente, sur sa détermination, sa compétence...et celles de ses parents



Intervention...le Comment

- Principes de traitement et relation
- Approche motivationnelle (à l'intérieur de certaines limites de sécurité; les “non-négotiables” de Josie Geller)
- Approche familiale : première ligne de traitement selon plusieurs dans la littérature (D.K.Katzman et coll., 2013)
- Approche comportementale
- (Approches de psychothérapie)

ET POURQUOI
TU NE ME DIS PAS
CE QUI TE TRACASSE! ...





UNE RELATION DE CONFIANCE... selon Kreipe

- Reconnaître le conflit de façon explicite
- Emphase sur la volonté
- Approche développementale
- Éviter le blâme, la culpabilité, la faute
- Expliquer le TCA et le voir comme un moyen de gérer des enjeux propres à l'adolescence (contrôle, identité...) avec quand même une composante biologique/génétique
- Accepter que la pte puisse être fâchée face à certaines demandes



Approche motivationnelle

- “therapist stance is a judicious blend of empathy and firmness, of acceptance and pressure to change” (Vitousek et al, 1998) = **Fermeté bienveillante**
- Le “ton” est empreint de:
 - Empathie
 - Curiosité et intérêt
 - Respect
 - Patience
 - Élicite des réponses
 - Offre des choix
 - Valide la détresse ou la confusion



Approche motivationnelle

Les non-négociables

- Pour les TCA et **DB**:
 - Sécurité médicale
 - Pesée
 - Suivi, devoirs
 - Gain de poids attendu
 - Attentes lors des repas
 - **Surveillance de la glycémie**
 - **Insulinothérapie**



Psychothérapie centrée sur l'adolescent

- « Adolescent focused therapy »
 - Emphase sur la relation thérapeutique avec but d'améliorer les symptômes
 - Psychoéducation
 - Rôle du TCA comme mécanisme d'adaptation
 - Développement de mécanismes d'adaptation plus positifs



Approche familiale

- Peut paraître “contre-intuitive” pour ceux qui sont habitués à soutenir l’autonomie émergente de l’adolescent
- Compréhension utile: le développement physiologique, psychologique et social est freiné par le TCA (et le DB mal contrôlé?). L’ado avec un TCA ne fait pas les meilleurs choix a/n de son alimentation et a besoin de ses parents pour avoir les moyens de retrouver son processus d’individuation sans l’interférence du TCA
- Les parents sont les experts: ils prennent en charge l’alimentation (et la gestion du DB?) de leur ado et l’accompagnent lors des repas autant que possible et nécessaire.



Approche familiale

FBT: Family Based Treatment

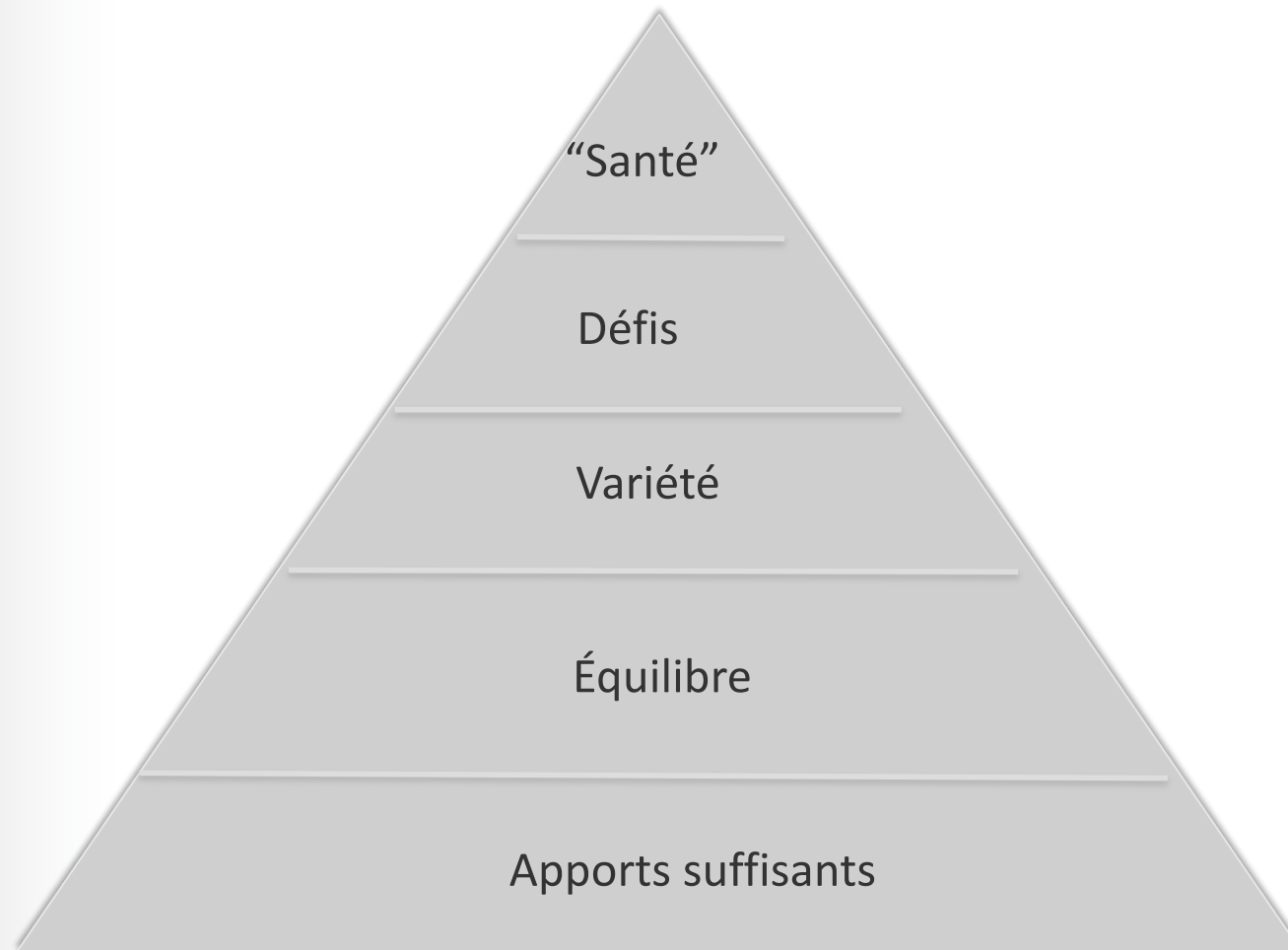
- Phase 1: parents “ en charge” du gain de poids
- Phase 2: Parents redonnent le contrôle de l'alimentation à l'adolescent
- Phase 3: Discussion autour des enjeux développementaux de l'adolescence

- Lors d'une hospitalisation, il y a une phase avant la phase 1: les intervenants de l'hôpital sont “en charge” du gain de poids, puis le délèguent aux parents graduellement

- Mais “FBT is not the only answer” et non étudiée spécifiquement avec le DB

Dr James Lock, le 15 mai 2015

Alimentation



Adapted from Jessica Setnick, RD
et PY Lam, MD



Alimentation

- Plan alimentaire?
 - Peut aider à:
 - Procurer une structure
 - Diminuer l'anxiété
- Besoins nutritionnels selon
 - Sous-Poids
 - Croissance et développement
 - Activités



TCA et Diabète

Intervention

- Équipe multi/interdisciplinaire (endocrinologue, pédiatre Med Ado, nutritionniste, psychologue, psychiatre (médication), travailleuse sociale, intervenant dans le milieu... **COMMUNICATION ESSENTIELLE**
- Suivi régulier en externe
- Objectifs **réalistes**, priorités à établir, simplification du tx
- Éducation et soutien à la famille (le TCA et la manipulation de l'insuline peuvent être un appel à l'aide pour recevoir plus de supervision; tenter de diminuer les conflits familiaux liés au DB)
- Médication si comorbidité psychiatrique
- NEDIC, FRDJ



TCA et Diabète

Intervention

- Anticiper défis...
 - Œdème sec. à la reprise d'insuline ou rétention liquidienne pouvant incommoder le patient
 - Hypoglycémie peut provoquer une crise boulimique, donc encourager une restriction d'insuline
 - Nutrition idéale, objectifs de poids et de glycémie peuvent interférer avec les principes de tx du TCA: faire compromis et accepter le rythme de l'ado dans les limites de la sécurité
 - Dépression peut entraîner désespoir et diminuer la motivation à prendre soin de soi et perpétuer l'hyperglycémie



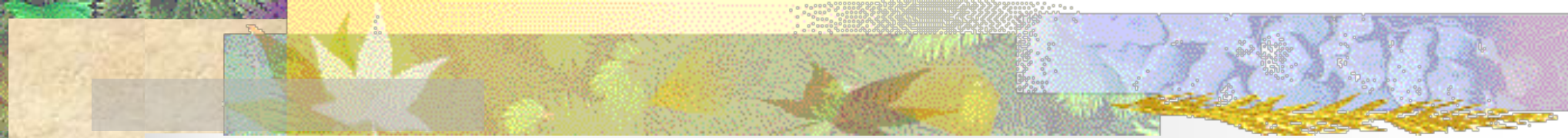
Suivi en Clinique externe

- Fréquence des visites variable selon:
 - SV
 - Poids (plus serré si perte de poids active ou gain de poids rapide)
 - État psychologique
 - Situation familiale
 - Paramètres biologiques (Potassium si vomissements)
- Ajustement des apports alimentaires, de l'insuline et de l'activité physique
- Accompagnement des parents et de l'adolescent dans les différentes étapes du rétablissement et du retour à l'autonomie de l'adolescent au niveau de l'alimentation



L'activité physique

- Difficile de donner des directives précises...Évolution des SV et du poids à considérer
- Raison à élucider: pour modifier la forme ou le poids, pour dépenser des calories?
- Obligation ou plaisir? (quand même difficile à distinguer quand l'activité est apaisante... de façon pathologique)
- L'activité en groupe ou avec amis risque d'être plus saine...
- L'exercice doit être un choix, pas une obligation
- Collaboration des parents, des entraîneurs



Prévention des troubles alimentaires: Le choix des mots

- Mettre moins d'accent sur les chiffres: Encouragez les patients à accorder plus d'importance à la façon dont ils se sentent lorsqu'ils maintiennent un poids santé et une glycémie équilibrée plutôt qu'aux chiffres sur la balance ou le lecteur de glycémie
 - « Vérifier » au lieu de « tester »
 - « Gérer » au lieu de « contrôler »
 - « Plus élevé » ou « moins élevé » au lieu de « bon » ou « mauvais »
- Éduquez les patients sur le gain de poids et l'insuline: avec l'insuline le corps guérit, devient plus fort et se reconstruit
- Expliquez pourquoi un gain de poids rapide peut survenir après une hospitalisation
- Discuter avec les parents: les encourager à éviter les sujets du poids et de l'apparence, à mettre moins d'accent sur les régimes restrictifs et les approches extrêmes d'exercice physique

Language Matters-A Diabetes Canada Consensus Statement.

Can J Diabetes, 2020

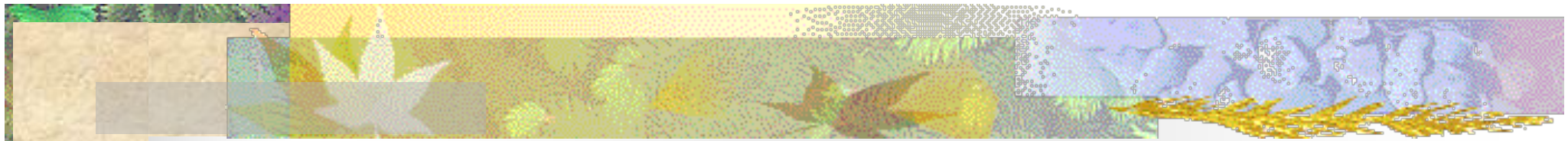
The use of language in diabetes care and education

Diabetes Care, 2017



Ressources

- <https://nedic.ca>
 - Type 1 Diabetes and disordered eating: a Webinar for healthcare professionals
- Information pour les professionnels de la santé de la FRDJ (Fondation de Recherche sur le Diabète Juvénile)
- <https://anebquebec.com>
- Winston A. Eating disorders and Diabetes. *Current Diabetes Reports* 2020; 20:32
- Goddard G, Oxlad M. Caring for individuals with type 1 Diabetes Mellitus who restrict and omit insulin for weight control: Evidence-based guidance for healthcare professionals. *Diabetes research and clinical practice* 2022; 109783



MERCI!



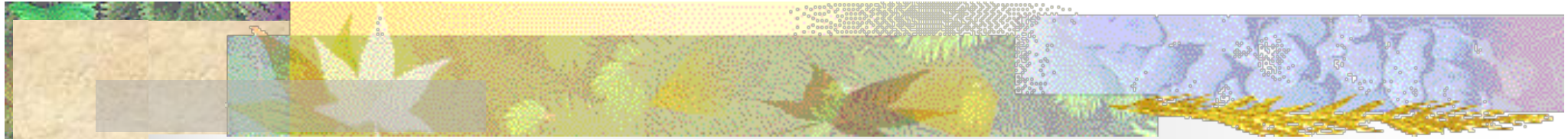
Épidémiologie

- **Anorexie nerveuse:** prévalence de **0,4%(DSM-5)** chez les jeunes femmes
- **Boulimie nerveuse:** prévalence de **1-1,5%** chez les jeunes femmes
- **Anorexie nerveuse atypique** (poids normal malgré perte significative): 25-30% des adolescents se présentant dans des cliniques pour adolescents



Trouble du comportement alimentaire évitant/restrictif (ARFID) DSM-5

- Perturbation de l'alimentation se manifestant par l'échec persistant à rencontrer des besoins nutritionnels ou énergétiques suffisants, entraînant des conséquences cliniques importantes, telles que:
 - Perte de poids importante (ou incapacité de prendre le poids prévu ou ralentissement de croissance chez les enfants)
 - Carence nutritionnelle importante
 - Dépendance envers l'alimentation entérale ou les suppléments
 - Interférence marquée avec le fonctionnement psychosocial



Trouble du comportement alimentaire évitant/restrictif

- Le TCA ne découle pas d'un manque de nourriture disponible ni d'une pratique religieuse
- Le TCA n'est pas attribué à l'AN ou la BN, et il n'y a **pas de distorsion de l'image corporelle.**
- Le TCA ne s'explique pas par un autre problème de santé physique ou mentale.
- *N.B. L'enfant a des inquiétudes au niveau de l'odeur, de la couleur ou de la texture des aliments, ou peut avoir peur de s'étouffer ou de vomir*