



Troubles boulimiques de l'alimentation

Investigatrices principales

Leora Pinhas, MD, FRCPC, Directrice de la psychiatrie, programme des troubles de l'alimentation, *The Hospital for Sick Children*, Toronto (Ontario) M5G 1X8; tél. : 416-813-7195; téléc. : 416-813-7867; courriel : leora.pinhas@sickkids.ca

Debra K. Katzman, MD, FRCPC, division de la médecine de l'adolescent, département de pédiatrie, *The Hospital for Sick Children*

Co-investigateurs

Ahmed Boachie, MD, FRCPC, *Southlake Regional Health Centre*

Sue Bondy, Ph. D., université de Toronto

Ross D. Crosby, Ph. D., *Neuropsychiatric Research Institute*

Margus Heinmaa, Ph. D., CPsych, Département de psychiatrie, *The Hospital for Sick Children*

Merrick Zwarenstein, MB, BCh, *Sunnybrook Health Sciences Centre, Institute for Clinical Evaluative Sciences*

Historique

Les critères diagnostiques actuels de boulimie incluent des épisodes récurrents d'orgie alimentaire caractérisés par la consommation, sur une période de deux heures ou moins, d'une quantité supérieure à ce que la majorité des gens mangeraient dans une situation semblable, une perte de contrôle de l'alimentation pendant un épisode d'orgie et un comportement compensatoire inapproprié récurrent pour prévenir la prise de poids. Les comportements compensatoires courants comprennent les vomissements volontaires, le mésusage des laxatifs, des diurétiques ou d'autres médicaments, le jeûne ou l'exercice excessif. Les orgies et les comportements compensatoires doivent se produire en moyenne deux fois par semaine, pendant au moins trois mois. L'autoévaluation est également indûment influencée par la forme du corps et le poids. La boulimie se caractérise par des purges ou l'absence de purges.

On ne sait pas grand-chose de ce trouble chez les jeunes. On pense que la boulimie se manifeste chez 1 % de la population adolescente, des symptômes partiels se produisant chez 3 % à 6 % des adolescents. Les garçons forment 10 % de cette population. Les taux de mortalité varient entre 0 % et 6 %. L'âge d'apparition est décrit comme la fin de l'adolescence, mais on a déclaré des cas de purge chez des enfants prépubères. Le seul sondage canadien auprès d'enfants de 9 à 14 ans indique que la prévalence d'orgies alimentaires et de purges qui se produisent au moins une fois par mois est de 0,2 % chez les filles et de 0,1 % chez les garçons. D'après le seul sondage canadien auprès d'adolescents, le taux de symptômes boulimiques chez les filles oscille entre 0,7 % chez les 12 ans et 1,3 % chez les 18 ans. Il n'existe aucune donnée sur les garçons. Il est plus inquiétant de constater que seulement 4 % des adolescentes qui font des orgies alimentaires et 6 % de celles qui se purgent ont déclaré avoir déjà été traitées ou évaluées en raison de leurs problèmes.



Peu d'études de recherche clinique ont porté expressément sur les complications de la boulimie chez les enfants et les adolescents. La boulimie entraîne de nombreuses conséquences graves, y compris l'hypokaliémie associée à l'arythmie cardiaque, la faiblesse musculaire et la diminution de la motilité gastro-intestinale, les troubles gastro-intestinaux et la déshydratation entraînant des étourdissements, des syncopes, une faiblesse et de la confusion, ainsi qu'une hypotension et une tachycardie. Il est essentiel de connaître les caractéristiques uniques du processus développemental de l'enfance et de l'adolescence pour comprendre ces complications médicales.

En ce moment, les critères diagnostiques des enfants sont les mêmes que ceux des adultes, même si certaines données probantes indiquent que leur présentation différerait considérablement. Il est également important de les déceler rapidement, car plus ces troubles persistent, plus ils sont difficiles à traiter.

Il n'existe pas de données canadiennes sur l'incidence ou la prévalence, la présentation, l'âge d'apparition et les complications médicales de la boulimie chez les enfants, et peu d'information sur les adolescents. La collecte de données par l'entremise du PCSP constitue un moyen efficace de faire progresser les connaissances sur les meilleurs moyens d'aider ces enfants à surmonter cette maladie chronique grave et potentiellement mortelle.

Objectifs

- Établir un taux d'incidence prudent des enfants et des jeunes adolescents qui consultent un pédiatre en raison de symptômes et de comportements alimentaires boulimiques.
- Décrire les comportements boulimiques et les symptômes physiques connexes chez les enfants et les adolescents au moment de la consultation chez un pédiatre.
- Repérer les troubles psychiatriques comorbides qui accompagnent les troubles boulimiques de l'alimentation.
- Décrire le traitement prévu ou offert à ces enfants au moment de l'étude.

Définition de cas

Déclarer tout nouveau patient de 5 à 18 ans (jusqu'à son 18^e anniversaire) qui consulte en raison d'orgies alimentaires ou de comportements de purge alimentaire :

- L'orgie se caractérise par la consommation, sur une période de deux heures ou moins, d'une quantité supérieure à ce que la majorité des gens mangeraient dans une situation semblable et par un sentiment de perte de contrôle de l'alimentation pendant cet épisode.
- La purge peut inclure des vomissements volontaires, le mésusage des laxatifs, des diurétiques et d'autres médicaments, ou des comportements compensatoires inadéquats comme le jeûne ou l'exercice excessif.

Critères d'exclusion

Les enfants qui ont des raisons biologiques de faire des orgies ou des purges alimentaires ou qui souffrent d'un trouble psychotique ou d'un grave retard de développement.

Durée

De mars 2008 à février 2010

Troubles boulimiques de l'alimentation (suite)

Nombre prévu de cas

Il n'existe aucune donnée fiable sur l'incidence de symptômes boulimiques chez des enfants du Canada. Bien que les données de prévalence soient d'environ 1 %, seulement de 4 % à 6 % des adolescents présentant un trouble boulimique sont portés à l'attention des médecins. En Grande-Bretagne, une étude en cours sur les troubles de l'alimentation des enfants de moins de 13 ans a permis de repérer sept enfants ayant des symptômes de boulimie ou d'orgies alimentaires et environ cinq enfants atteints d'un trouble de l'alimentation non autrement précisé, qui seraient probablement boulimiques au cours de leur première année de présentation. Étant donné la plus grande fourchette d'âge incluse au Canada et une population d'enfants correspondant à environ 60 % de celle de la Grande-Bretagne, on prévoit qu'au moins 21 sujets consultent chaque année.

Approbation déontologique

Conseil de déontologie de la recherche de The Hospital for Sick Children.

Analyse et publication

Les investigateurs procéderont à des résumés descriptifs des caractéristiques démographiques. Ils résumeront les variables dichotomiques au moyen de pourcentages, de même que les variables continues généralement réparties au moyen de moyennes et d'écart-types. Ils résumeront les variables continues qui ne sont pas généralement réparties au moyen de médianes et de fourchettes. Ils entreprendront une analyse de structure latente pour explorer les grappes de symptômes. Cette marche à suivre a été établie lors d'une étude précédente. Ils présenteront les résultats de l'étude aux congrès pertinents et, dans l'année suivant leur obtention, ils les soumettront en vue de leur publication dans un journal révisé par des pairs.

Références bibliographiques

- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual for mental disorders* (4^e éd.), Washington, DC. 1994
- Brewerton TD. Bulimia in children and adolescents. *Child Adolesc Psychiatry Clin N Am* 2002; 237-56.
- Carlat DJ, Carmargo CA jr. Review of bulimia nervosa in males. *Am J Psychiatry* 1991;148:831-43.
- Field A, Carmargo C, Taylor C, Barr MD, Berkey C, et coll. Overweight concerns and bulimic behaviour among girls and boys. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38(6):754-60.
- Fisher M, Schneider M, Burns J, Symons H, Mandel PS. Differences between adolescents and young adults at presentation to an eating disorders program. *J Adolesc Health* 2001;28:222-7.
- Jones J, Bennett S, Olmsted M, Lawson M, Rodin G. Disordered eating attitudes and behaviours in teenaged girls: a school-based study. *Can Med Assoc J* 2001;165(5):547-52.
- Mehler PS. Bulimia nervosa. *N Engl J Med* 2003;349(9):875-81.
- Mitchell JE, Seim HC, Colon E, Pomeroy C. Medical complications and medical management of bulimia. *Ann Intern Med* 1987;107(1):71-7.
- Morris A, Pinhas L, Katzman DK. Early-onset eating disorders. Programme canadien de surveillance pédiatrique - Résultats 2003, www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cpsp-pcsp03/page6_f.html.
- Nicholl F, Chater R, Lask B. Children into DSM don't go: a comparison of classification systems for eating disorders in childhood and early adolescence. *Int J Eat Disord* 2000;28:317-24.
- Patton GC, Selzer R, Coffey C, Carlin JB, Wolfe R. Onset of adolescent eating disorders: population based cohort study over 3 years. *Br Med J* 1999;318:765-8.
- Steinhausen HC. Eating disorders. In: Steinhausen HC, Verhulst F (éd.). *Risks and outcome in developmental psychopathology*. Oxford University Press, Oxford 1999:210-30.