

Anorexie, boulimie Pour des soins spécifiques

D. Vergnaud*, M. Bronnec*, J.-L. Venisse*

La perspective d'une grossesse et de la naissance d'un enfant est une étape importante dans le cheminement des femmes présentant des troubles alimentaires. Pour elles, accéder à la maternité est souvent la concrétisation d'une évolution positive et épanouissante, mais avec des aléas dus aux remaniements psychiques qu'implique cet état. Les spécialistes de l'infertilité, ceux de la grossesse et de l'accouchement, ceux enfin qui s'occupent du suivi des femmes et des enfants après la naissance, doivent mettre en place un accompagnement spécifique de ces femmes.

Les troubles du comportement alimentaire posent les problèmes de l'impact d'une infertilité, du désir de grossesse, de leur évolution ou de leur apparition lors de la grossesse et de leurs complications obstétricales et néonatales et, enfin, des troubles des inter-relations précoces mère-enfant.

Troubles de la menstruation et problèmes de fertilité

Les troubles alimentaires entraînent souvent des troubles de la menstruation, car un taux minimal de lipides est nécessaire pour initier et maintenir des cycles réguliers, par stimulation hypothalamo-hypophysaire (sans oublier les troubles d'origine strictement psychogène extérieurs à toute dénutrition).

Une réduction pondérale modérée peut perturber la fonction ovarienne et la fertilité des femmes de poids normal. Un trouble alimentaire infra-clinique, détecté par un entretien ou un questionnaire alimentaire, peut conduire ou s'associer à des troubles de la menstruation.

Cela explique, en partie, d'un point de vue physiologique, les difficultés que rencontrent ces femmes pour débiter une grossesse. D'un point de vue psychologique, l'indisponibilité psychique due aux préoccupations alimentaires et à la non résolution de conflits internes avec des difficultés quant

au processus de séparation individuation, favorise cette infertilité.

Une infertilité féminine inexplicée peut être due à un trouble alimentaire sous-jacent ou à un contrôle trop sévère du poids. Il est fréquent que des investigations gynécologiques, endocriniennes, parfois même une induction hormonale par stimulation ovarienne, soient débutées sans rechercher au préalable un trouble alimentaire.

Parallèlement, les femmes anorexiques ou boulimiques sont plus représentées dans le groupe de femmes consultant pour une infertilité. Cette infertilité est souvent en lien avec les perturbations du cycle menstruel ou l'aménorrhée.

Ainsi, il serait important que les spécialistes de l'infertilité interrogent systématiquement leurs patientes quant à leurs habitudes alimentaires, d'autant plus que beaucoup cherchent à le masquer, délibérément ou dans un déni du caractère pathologique. Concernant le devenir des patientes anorexiques en matière de fertilité, plusieurs études prospectives ont montré que les patientes guéries et ayant souhaité un enfant ont obtenu une grossesse.

L'étude de **Brinch et al.** (1) prouve que, chez 140 patientes anorexiques dont 50 sont enceintes et 86 ont un enfant, suivies en moyenne 12,5 ans après la première consultation, le taux de fertilité est environ le tiers de celui attendu.

Les grossesses non désirées ne sont pas plus fréquentes que dans la population normale. Les périodes de grossesse et de post-

partum n'ont pas montré de décompensations nutritionnelles ou psychopathologiques chez les mères. Le taux d'allaitement maternel est comparable à celui évalué dans la population générale. Il s'est généralement bien passé. Ces patientes fertiles sont considérées comme mieux stabilisées psychologiquement que les patientes n'ayant pas eu d'enfant.

Désir de grossesse et craintes particulières

D'après **Brinch** (1) (1992), le taux de grossesse est de 35 % chez des femmes aux antécédents de troubles alimentaires "stabilisés". Aux États-Unis, ces grossesses sont obtenues par stimulation ovarienne dans 20 % des cas. Selon cet auteur, la moitié des femmes anorexiques interrogées estiment que la grossesse peut avoir un impact psychologique positif, leur conférant plus de maturité. Vingt-cinq pour cent expriment une hostilité à l'égard de l'enfant et de la grossesse.

Certains traits caractérisent les mères anorexiques par rapport à la population générale : l'âge moyen au premier accouchement est plus élevé. Les premières grossesses sont le plus souvent planifiées, en lien avec un besoin de maîtrise. Chez les patientes ayant des symptômes actifs de troubles alimentaires, le taux de fécondité est abaissé, du fait d'absence de projet d'enfant. La stérilité n'est pas plus importante que dans la population générale.

Concernant les formes plutôt boulimiques, ces patientes ont un souci extrême de leur poids, donc la grossesse, même désirée, entraîne un sentiment de gêne, accentuée par la crainte phobique de grossir. Par rapport aux formes restrictives pures, la grossesse est moins souvent planifiée. La distinction entre vomissements provoqués et vomissements gravidiques peut être difficile.

On observe une grande variation dans le gain de poids pendant la grossesse (de -5 kg à +32 kg), mais il est en moyenne identique à celui de la population générale.

Les craintes les plus exprimées vis-à-vis de la grossesse sont : nuire à l'enfant par un comportement alimentaire chaotique (**Lacey et Smith** (1987) ; perdre le contrôle de son poids (**Lemberg et Phillips** [1989]) (4) ; que l'enfant soit affecté par un problème de poids ou d'alimentation (**Lemberg**

* Service d'addictologie du CHU de Nantes.

Addictions, maternité et toxicomanie

et **Phillips** (1989) (4) ; ne pas être une bonne mère, dans plus d'un tiers des cas (4).

Après rémission d'une anorexie

L'impact de la grossesse varie selon que le trouble alimentaire est encore actif ou en rémission. Cela n'est pas toujours précisé dans les études, rendant leur comparaison difficile.

Dans ce cas, qui est le plus fréquent, la probabilité d'une grossesse sans complication et de la naissance d'un enfant bien portant est importante. Il peut survenir une déstabilisation sous une forme pouvant différer de l'expression initiale du trouble alimentaire : boulimie, anorexie, anorexie-boulimie. La période la plus critique se situerait à la fin du deuxième trimestre de grossesse ou au début du troisième. Les vomissements provoqués ne seraient pas exceptionnels.

En pleine anorexie et boulimie

• La grossesse pendant une anorexie active est souvent induite par stimulation ovarienne. Parfois, le trouble anorexique n'est pas encore dépisté et pris en charge. L'âge lors de la conception est généralement plus élevé que dans la population générale. Il est abaissé en cas d'anorexie restrictive pure et lorsque la grossesse répond à un traitement d'infertilité. Le taux d'allaitement est plus bas quand le trouble alimentaire reste actif. L'étude de **Lemberg** (1992) (4) montre une amélioration fréquente des troubles lors du troisième trimestre. Elle persiste quelque temps après l'accouchement. La perte de la maîtrise du poids est, pour 90 % d'entre elles, une source d'angoisse majeure. L'évolution pondérale est décrite comme "effrayante, terrifiante, paniquante". Ces auteurs retrouvent une reprise évolutive ultérieure chez la moitié des patientes, avec parfois une intensité majorée.

Lorsqu'il ne persiste que des troubles résiduels des troubles alimentaires, l'amélioration apportée par la grossesse est plus nette. Si l'image du corps reste perturbée, la grossesse aiderait à mieux accepter et investir les formes féminines rondes du corps. Mues par un désir profond d'avoir un enfant sain, elles tentent de mieux s'affranchir de leurs restrictions alimentaires.

• Les conduites boulimiques sont fréquem-

ment améliorées par la grossesse, comme le montre l'étude de **Lacey** et **Smith** (3). Une minorité de femmes aggravent leur trouble à cette période. D'après **Ramchandani** (1984) (7), la grossesse représente une sorte "d'indulgence", apportant de façon temporaire une résolution des conflits internes. En revanche, la récurrence en post-partum est la règle, mais n'apparaît qu'après le sevrage, l'allaitement restant une période épargnée. Fréquemment, la peur de nuire à l'enfant est suffisamment motivante pour que les femmes tentent de contrôler leurs troubles. D'après **Morgan** (1999) (5), la rechute est associée à la persistance et à la sévérité du comportement, à des antécédents d'anorexie, à un diabète gestationnel et à une grossesse non planifiée. En postnatal, une dépression est présente pour le tiers de l'échantillon et même chez les deux tiers des femmes à risque de rechute. Pour ces dernières, la dépression pouvait être prédite par la sévérité des conduites boulimiques, mais aussi par un mésusage de l'alcool associé.

Lorsqu'un TCA survient à ce moment-là

Les troubles des conduites alimentaires apparaissent préférentiellement quand les modifications corporelles sont en lien avec l'identité sexuée. Ainsi, la grossesse, comme l'adolescence, sont des moments privilégiés de développement de la maladie. **Price et al.** (6) de même que **Weinfeld** (12) estiment que les troubles des conduites alimentaires peuvent être directement favorisés par la grossesse. Cependant, les cas de troubles anorexiques ou boulimiques décrits par la littérature sont rares.

Pour les formes boulimiques avec vomissements, **Price et al.** (6) pensent que les nausées et vomissements gravidiques pourraient être "un phénomène appris", où le malaise matinal suivi de vomissements se mue en véritable boulimie avec vomissements provoqués secondaires. Ces troubles alimentaires semblent plus fugaces, car ils disparaissent généralement après la naissance ou dans l'année qui suit. Ils concernent des femmes généralement jeunes, sans antécédent de TCA, avec cependant une tendance à l'obésité. De plus, la grossesse est rarement désirée. Cela peut renvoyer à

l'hypothèse psychopathologique de rejet d'une grossesse "orale" ou de délivrance du fœtus par voie digestive.

Les complications obstétricales, néonatales et relationnelles

• Pour la mère, un cas de fractures vertébrales lors d'une grossesse gémellaire est rapporté. Ces grossesses seraient à haut risque du fait de la dénutrition : anémie, infections urinaires récurrentes, hypoprotidémie.

• Pour l'enfant, les risques les plus importants sont un retard de croissance utérin, une hypotrophie, une prématurité, un score d'Apgar plus bas à cinq minutes, un risque accru d'anomalies congénitales (surtout bec de lièvre et fente palatine), une mortalité périnatale plus importante.

• D'après **Steward** (1987) (11), les complications obstétricales et néonatales surviennent surtout chez les patientes anorexiques actives lors de la conception. Elles sont majorées dans les troubles mixtes anorexie-boulimie, par rapport aux formes restrictives pures.

• D'après l'étude de **Stein** (10), la plus documentée, les mères présentant un trouble alimentaire sont plus intrusives avec leur enfant lors des repas que dans le groupe contrôle. Elles laissent moins d'initiatives à l'enfant et ont tendance à interrompre ou négliger les signaux qu'il émet. Concernant l'alimentation, elles expriment davantage d'émotions négatives à l'égard de leur enfant lorsqu'il se nourrit et réagissent de manière inadéquate lorsque surviennent des difficultés mineures au cours des repas : elles tolèrent mal quand l'enfant joue avec la nourriture, la répand ou la laisse choir sur lui-même ou sur le sol. Elles ont souvent une attitude coercitive, rigide, aidant moins souvent l'enfant à faire face lui-même aux difficultés.

Lors du jeu, on retrouve les mêmes troubles de la relation avec des affects négatifs, une intrusion, un moindre soutien. Toutefois, le désir de contrôler l'action n'apparaît pas différemment de celui des autres mères.

Les enfants sont moins enjoués que ceux du groupe contrôle, à la fois dans le jeu et lors des repas, témoignant de l'extension du trouble relationnel hors du champ alimentaire.

Les auteurs soulignent que ces troubles de

la relation n'affectent pas la totalité des mères présentant un trouble des conduites alimentaires. De plus, même lorsque la relation avec leur enfant est perturbée, ces mères expriment autant d'émotions positives que les autres mères : seul le ratio diffère. Ainsi, ces mères expriment plus d'affects négatifs, mais autant d'émotions positives.

Poids moyen abaissé

En dehors de ces périodes, elles ont souvent de bons échanges avec leurs enfants. Concernant leur développement physique, les enfants ne présentent pas de troubles du développement psychomoteur. En revanche, leur poids moyen est abaissé. Il est, pour 25 % d'entre eux, en dessous du quinzième percentile, fait d'autant plus remarquable que les nouveau-nés étaient de poids comparable dans les deux groupes. De plus, les enfants de moins de 2 500 grammes ont été exclus de l'étude.

D'après les auteurs, cela est expliqué par le fait que certaines mères limitent la quantité de nourriture disponible dans la maison. D'autres s'inquiètent que leur enfant puisse devenir obèse, ce qui conduit à une restriction calorique pouvant être importante. On voit ici que les préoccupations alimentaires obsédantes des mères peuvent avoir des répercussions sur le rapport à l'alimentaire de l'enfant.

Le poids de l'enfant est statistiquement corrélé, en dehors du poids de naissance et de la taille de la mère, à deux variables indépendantes : la mesure des conflits durant les repas et l'intensité des préoccupations maternelles quant à leur propre corpulence. Ni l'anxiété, ni la dépression, ni l'intérêt porté par les mères à la quantité de nourriture absorbée par leur enfant, ni aucune autre variable mesurée n'avaient de valeur prédictive dans cette étude. Le devenir à long terme est peu étudié. À cinq ans, le retard de croissance persiste dans 30 % des cas.

La psychopathologie en cause

Plusieurs auteurs considèrent que ce sont les inter-relations précoces et leur rôle dans la constitution du Soi psychique et somatique, qui sont problématiques dans les troubles alimentaires et se réexpriment à

l'adolescence par les conduites addictives. **Corcos (2)** privilégie plus la notion de carence lors de ces inter-relations primaires, plutôt que l'hypothèse d'un traumatisme généré par un événement de vie extérieur, surtout dans les formes prépubères, les registres limites, narcissiques et archaïques.

D'après **M. Sanchez-Cardenas, J.-L. Venisse et N. Mammam (8)**, de nombreuses femmes amènent régulièrement leur nourrisson en consultation pour anorexie et ont été elles-mêmes ou restent anorexiques. D'après ces auteurs, le lien commun possible est la pathologie du deuil, qui "débouche sur la constitution d'un symptôme, l'anorexie, où le sujet (le parent) inscrit dans l'objet (son enfant) une problématique du deuil d'un de ses propres parents non résolue pour lui".

Les perspectives de soins

Ces observations nous amènent à réfléchir à des propositions de soins adaptés à l'émergence de la maternité chez les patientes présentant des troubles alimentaires.

Concernant les spécialistes de l'infertilité, il serait important qu'ils soient plus vigilants à des troubles alimentaires infracliniques qui pourraient être dépistés puis traités de façon adaptée. La limite de certaines inductions d'ovulation alors que l'état nutritionnel et pondéral reste préoccupant a été soulignée (9). Ces grossesses étant plus à risque, un suivi rapproché est conseillé avec surveillance échographique régulière, pour dépister des complications obstétricales et néonatales éventuelles.

À la naissance, un suivi par une puéricultrice proposé systématiquement permettrait un accompagnement et une réassurance de la mère quant à ses compétences parentales. Afin de travailler les difficultés éventuelles dans les interrelations précoces, il serait intéressant de créer un groupe de parole de patientes ayant des troubles alimentaires en rémission ou encore actifs et ayant des enfants, afin de permettre un échange d'expériences et de soutenir un processus d'identification entre elles.

Des soins plus spécifiques pourraient être proposés, surtout si les troubles de l'image corporelle sont encore très envahissants pour la mère et si les repas avec l'enfant

sont très conflictuels. Des repas thérapeutiques mère-enfant ou parents-enfant seraient une aide concrète, le père et le soignant pouvant assouplir et sécuriser la relation avec l'enfant lors des repas. ■

Références bibliographiques

1. Brinch M. et al. *Pregnancies occurring before during and after anorexia nervosa, illustrated by five case-reports*, Ugeskr Loeger;147:292-6.
2. Corcos M, Girardon N, Granet Ph et al. *Troubles des conduites alimentaires, grossesse et infertilité*. *Revue de la littérature et perspectives*. *Annales médico-psychologiques* 1997;155,7:425-35.
3. Lacey JH, Smith G. *Bulimia nervosa: the impact of pregnancy on mother and baby*. *Br J Psychiatry* 1987;150:777-81.
4. Lemberg R, PHILLIPS J. *The impact of pregnancy on anorexia nervosa and bulimia*. *Int J Eat Disord* 1989;8:285-95.
5. Morgan JF, Lacey JH, Sedwick PM. *Impact of pregnancy on bulimia nervosa*. *Br J Psychiatry* 1999;174:135-40.
6. Price WA, Giannini AJ, Loisselle RH. *Bulimia precipitated by pregnancy*. *J Clin Psychiatry* 1986;47:275-6.
7. Ramchandani D. *Hypothalamic factors and bulimia*. *Am J Psychiatry* 1984;140:1311.
8. Sanchez-Cardenas M, Venisse J-L, Mammam N. *Anorexies de l'adolescence et du nourrisson: à propos de quelques points de rapprochement possible*. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 1994;42:8-9:564-9.
9. Simon Ch, Sanchez-Cardenas M, Venisse JL, Lopes P. *Intérêt et limite de l'induction d'ovulation dans l'anorexie mentale*. *Sem Hôp Paris* 1994;70,3-4:108-10.
10. Stein A, Wooley H, Cooper SD, Faiburn CG. *An observational study of mothers with eating disorders and their infants*. *J Child Psychol Psychiat* 1994;35:733-48.
11. Steward DE. *Reproductive functions in Eating disorders*. *Annals of Medicine* 1992;24:287-91.
12. Weinfeld R, Dubay M, Burchell C et al. *Pregnancy associated with anorexia nervosa and starvation*. *Am J Obstet Gynecol* 1977;129:698-9.