

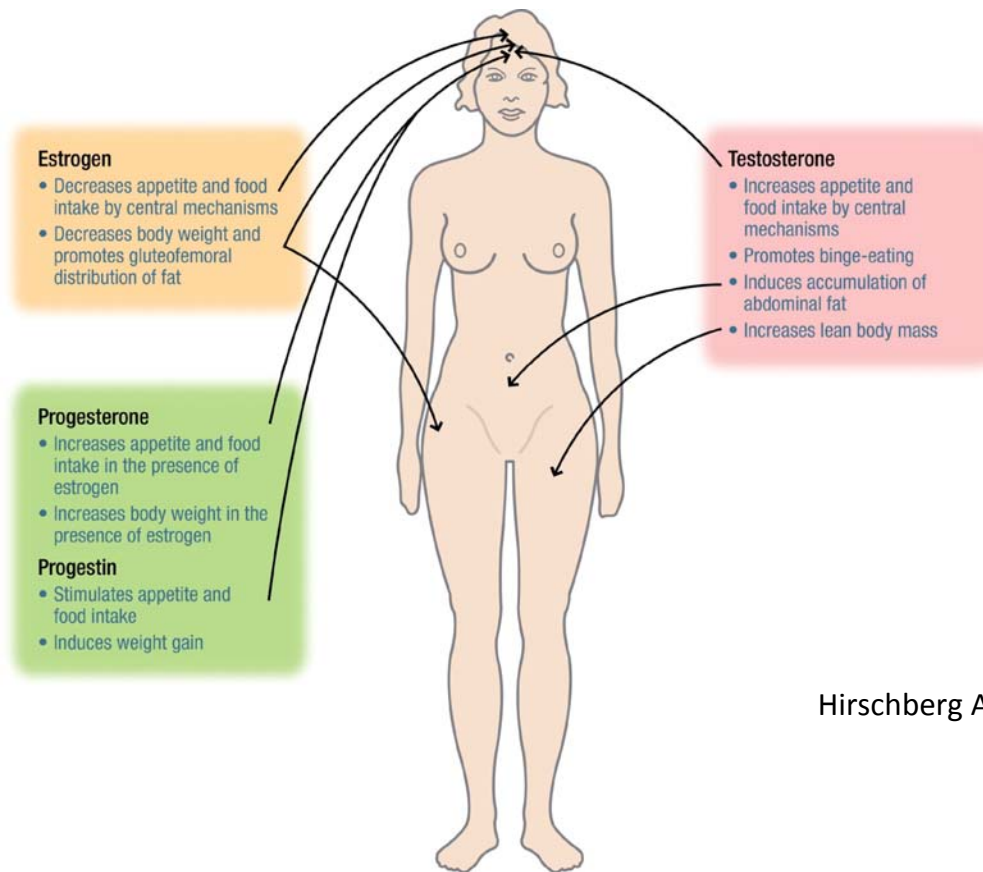
Femmes enceintes et oralité, Femmes enceintes et troubles du comportement alimentaire

IRAAT
Journées MAT'AB
Lyon, jeudi 12 juin 2014

Dr Audrey SCHMITT
aschmitt@chu-clermontferrand.fr

Introduction

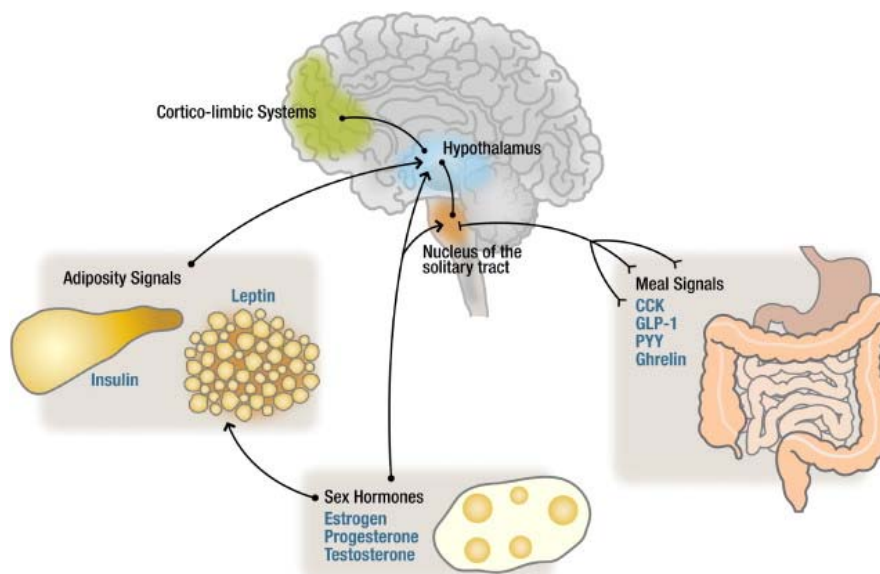
- Les individus ne sont pas tous égaux dans le contrôle de la prise alimentaire
 - Les femmes auraient moins de facilité à réguler leurs prises alimentaires
 - Rôle des signaux physiologiques forts ou faibles (*Williams D, 2014*)
 - Rôle des hormones sexuelles
 - implication des H androgènes ds les comportements boulimiques et obésité (*Hirschberg AL, 2012*)
 - Implication des recepteurs oestrogéniques ds l'anorexie mentale (*Ramoz N, Gorwood P, 2013*)



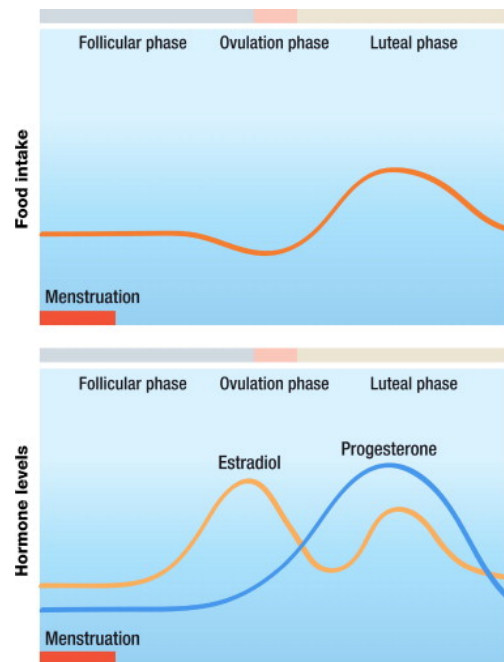
Hirschberg AL, 2012

Review
Sex hormones, appetite and eating behaviour in women
Angelica Lindén Hirschberg*

Department of Women's and Children's Health, Karolinska Institutet and Karolinska University Hospital, SE-171 76 Stockholm, Sweden



Hirschberg AL, 2012



Hirschberg AL, 2012

Le comportement alimentaire

- **Plusieurs mécanismes entrent en jeu**
 - déterminismes physiologiques:
 - faim/satiété
 - déterminismes comportementaux:
 - apprentissage alimentaires
 - aspects comportementaux:
 - aversion/préférence alimentaires
 - déterminismes environnementaux
 - déterminismes psychologiques

Comportements alimentaires

- Besoin: nutriments et energie
Normal feeding behavior
- Plaisir
- Certains aliments sont associés au plaisir
Et apportent un sentiment de plaisir et satiété,
Les aliments gras et sucrés



- odeur, goût, trijéminal sensations

Grande variabilité : choix, aversion, préférence

« Food addiction » décrite avec craving, désir et compulsion pour aliments gras et sucrés

Neurobiology of food addiction (2010)

[Blumenthal DM, Gold MS.](#)

[Curr Opin Clin Nutr Metab Care](#) 13(4): 359-65

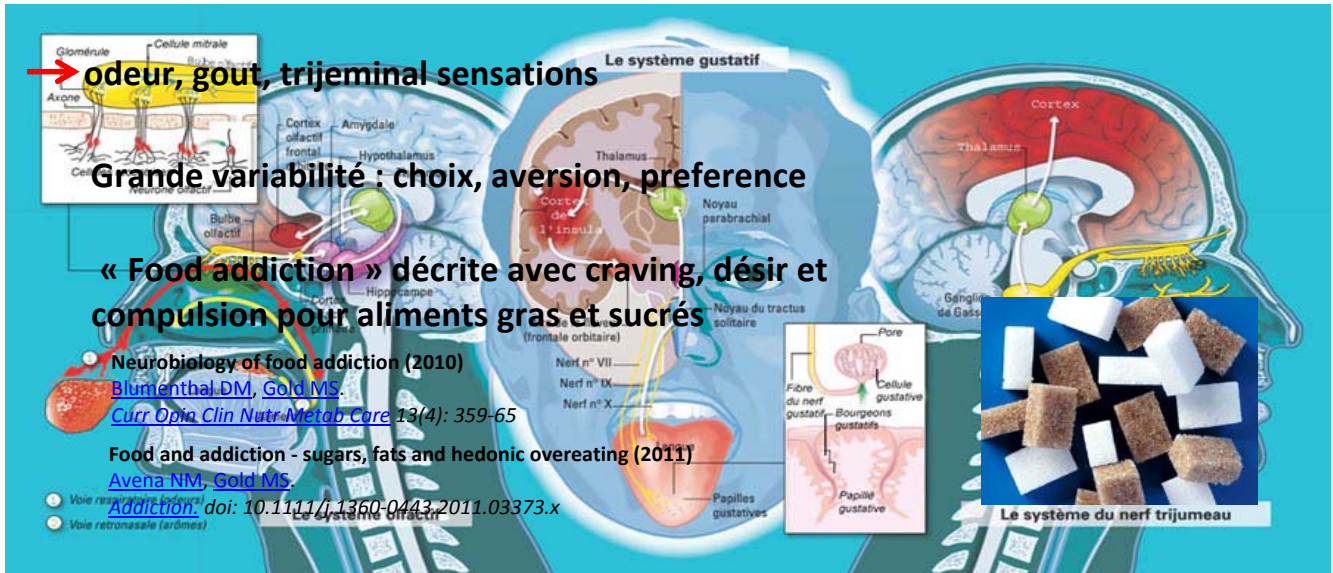
Food and addiction - sugars, fats and hedonic overeating (2011)

[Avena NM, Gold MS.](#)

[Addiction](#); doi: 10.1111/j.1360-0443.2011.03373.x

Voie respiratoire (olfaction)

Voie rétronasale (arômes)



Facteurs étiopathogéniques impliqués dans la genèse d'un TCA

- Facteurs biologiques
 - Implication de neuropeptides, de la leptine, de la grehline
([Smitka K et al, 2013](#); [Monteleone P et al, 2013](#); [Brown LM et al, 2013](#))
- Facteurs psychologiques
 - Séparations précoces
 - Abus sexuels
 - Interactions familiales
 - Facteurs socio-culturels
- Facteurs génétique
 - hérabilité de 70% dans l'Anorexie mentale ([Gorwood, 2003](#))
- autres hypothèses: rôle possible d'infection virales pdt la grossesse.
 - Virus de la varicelle, ou rubéole augmenteraient le risque de 50% de développer une anorexie mentale ([Favorto et al, 2011](#))

Les troubles du comportement alimentaire (DSM IV)

- **L'anorexie mentale:**
 - Besoin de minceur, refus de s'alimenter à hauteur de ses besoins physiologiques, obsessions alimentaires+++ associées à une hyperactivité physique et psychique
 - Forme restrictive
 - Forme boulimique (avec vomissements), en fréquence croissante.
- **La boulimie**
 - Crises compulsives alimentaires répétées plusieurs fois /semaine terminées par un vomissement (manœuvre pour maigrir). Présence d'une pensée anorexique. La crise est sans faim, souvent sans plaisir, à la fois compulsives et impulsives. La moitié des malades boulimiques a un passé d'anorexie mentale.

Les troubles du comportement alimentaire (DSMIV)

- **Les TCA non spécifiés où se classe l'hyperphagie boulimique (Binge-Eating Disorders BED):**
 - Répétition plusieurs fois/semaine de crises compulsives alimentaires sans faim, avec un certain plaisir et sans refus de grossir. Personnes souvent un peu fortes, voir en surpoids ou obèses, car pas de recours aux comportements compensatoires.
 - 4 à 6% de la pop générale quelque soit le sexe (*Herzog, 2001*)
 - 20 à 60% des TCA traités (*Anderson, 2001; Fairburn et Walsh, 2002*)
 - Le BED
 - est le TCA le + fréquent aux EU (3,5% des F et 2% des H)
 - Est présent chez 10 à 15% des obèses
 - A une transmission génétique différente de celle de l'obésité
 - Les troubles non spécifiques débutants ont un meilleur pronostic que les troubles avérés. En revanche souffrance psychique pas moins intense que dans les TCA avérés. Comorbidité psychiatrique élevée (79%).
(*R Palmer, K Norring, 2002*)

Les troubles du comportement alimentaire

- Sexe féminin essentiellement
- Dans la population féminine de 15 à 35 ans, on estime:
 - 7 à 10% de personnes souffrant de compulsions alimentaires fréquentes
 - 4 à 5% de boulimiques
 - 1,5% d'anorexie
- Anorexie et boulimie = pensée obsessionnelle de minceur, de restriction, de lutte contre la faim
- La différence:
 - L'anorexique arrive à maigrir, est dans la totale maîtrise du poids
 - La boulimique échoue
- Passage entre les différentes formes de TCA sur une vie entière (Herzog, 2001)

Evolution des TCA pendant la grossesse

	Avant grossesse	Pendant grossesse	Avant et pendant la grossesse
Anorexie	0.1%		
Boulimie	0.7%	0.2%	0.2%
Binge eating disorder	3.5%	4.8%	2.0%

Bulik et al (2007), 40 000 femmes entre 24 et 34 ans

3 situations

- La grossesse mène au TCA
- Le TCA interfère avec les capacités de procréation
- L'enfant, après la grossesse, est vécu comme une vraie difficulté, traumatisante pour la mère.

1. De la grossesse au TCA

- Patiente se croyant guérie mais ne l'étant pas tout à fait avec un IMC trop juste (entre 17,5 et 18,5) et/ou contrôle de son alimentation et son poids avec une restriction en matière grasse et en protéine.
- Ou TCA débutant chez la femme adulte. La grossesse précède immédiatement le TCA

Facteurs déclenchants

- La grossesse: période où l'on grossit sans manger plus (mise en route d'un programme énergétique économique)
- Valorisation de la minceur
- Mettre au monde un enfant est tout sauf simple
- La grossesse a abouti parfois à un régime médical

2. Du TCA à la grossesse

- Fécondité diminuée de 90% ds l'anorexie mentale. Mécanisme connu en lien avec le tissu adipeux qui synthétise la leptine, induisant au niveau de l'hypothalamus la sécrétion de LH-RH
- Cependant grossesse possible (Bulik, 2010):
 - IMC entre 17 et 18.
 - Apports alimentaires en matière grasse acceptable
 - Hyperactivité physique nettement diminuée
 - Sur 62 000 femmes enceintes, 50% des femmes anorexiques enceintes ne l'avaient pas prévu, contre 19% des femmes sans TCA
 - 17% des demandes de PMI sont faites par des P. anorexiques

Fécondité et boulimie

- Moins étudiée que chez les anorexiques
- Les carences et vomissements aggravent la malnutrition et diminuent les chances d'être enceinte
- Fécondité diminuée de 40% à 50% dans la boulimie (Linna MS, 2013)
- Ce qui limite les grossesses, serait plutôt la difficulté de vivre en couple (D. Rigaud)
- Diminution souvent des crises, mais 1 malade sur 2 n'arrive pas à arrêter ses crises ni ses vomissements pdt la grossesse
- Éviction alimentaire et sauts de repas souvent renforcés
- Prise de poids mal vécue
- Dépression fréquente dans le post partum

Évolution du trouble pendant une grossesse

-2 études de grands effectifs prenant en compte tous les types de TCA

-Etude de Micali Nadia, J of Psychosomatic research 63 (2007)297-303

-12 254 femmes enceintes suivies

- F enceintes avec un TCA récent (anorexie mentale ou boulimie): poursuite des symptômes pdt la grossesse
 - Régime hypocalorique intense
 - Ont plus souvent des vomissements ou les provoquent
 - Utilisent plus souvent des laxatifs
 - Conservaient une hyperactivité physique
- F enceintes avec un ATCD de TCA, en rémission: réapparition de symptômes, de moindre intensité/TCA récent
 - Peur de grossir trop
 - Angoisses face à l'obésité
 - Régimes
 - Sentiment d'être trop grosse ou de grossir trop.

-

Évolution du trouble pendant une grossesse

Etude de Watson HJ et al, Psychol Med, 2013 Aug;43(8):1723-34)

- 77 267 femmes enceintes d'au moins 17 semaines entre 2001 et 2009
 - Prévalence des TCA pendant la grossesse se rapprochant de la prévalence hors grossesse
 - Sauf pour les BN , + rares

Donc la grossesse ne guérirait pas d'un TCA...

La grossesse, en cas d'anorexie, est une grossesse à risque

**Risque de complications de la grossesse et de l'accouchement
(atteinte de l'enfant), et complications liées à la grossesse
(atteinte de la mère)**

Évolution du trouble pendant une grossesse

- Hoffman et al, 2011 (études sur anorexiques)
 - Régression ou stagnation des troubles chez la majeure partie des patientes anorexiques, mais risque de résurgence en post partum.
 - Préoccupation/prise de poids et image corporelle moins actives
 - Tendance à la diminution des conduites de purge
- MAIS
- Activité physique + importante
 - Comportements tabagiques + importants

Complications

- Plusieurs études concordantes (Abraham et al, 2001; MS Linna et al 2013₁; JM Eagles et al, 2012; Y. Pasternak, 2012)
 - Fausses couches et mort intra utérine
 - Accouchement par césarienne et accouchement prématuré (RX2,8)
 - Petit poids de naissance ds un contexte de RCIU (RX9,1)
- En lien avec faible IMC pendant période périconceptionnelle et tabagisme + fréquent

₁ comportements tabagiques moins fréquents/pop non malade

Complications

- Tenconi et al, 2014:
 - RCIU et baisse du PC + importants chez les boulimiques/anorexiques
 - +de complications obstétricales chez anorexiques avec comportement boulimiques et purges/anorexiques restrictives
- Koubaa S et al, 2013:
 - Etude de cohorte 49 P avec un passé de TCA et 67 contrôle
 - Baisse périmètre crânien jusqu'à 18 mois sujet TCA/ témoin associé à un retard langage

Complication pour la femme

Etude chez anorexiques mentales (Resch et al, 2002) :

- Malaise et perte de connaissance
- Hypotension
- Fatigue
- Faiblesse musculaire
- Anémie ferriprive
- Infections urinaires
- Etats dépressifs

Chez des femmes anorexiques presque guéries, pas plus de difficultés liées à la grossesse (Meguerditchian et al, 2009)

Evolution des TCA au post partum

- Première étude du post partum: Knoph C et al, 2013

TABLE 2. Prevalence of eating disorders before and during pregnancy and at 18 and 36 months postpartum

	<i>n (%)</i>				
	AN ^a	BN	EDNOS-P	BED	No-ED
Before pregnancy ^b	72 (0.1)	672 (0.9)	92 (0.1)	2,698 (3.5)	74,273 (95.5)
During pregnancy ^b	—	183 (0.2)	20 (<0.1)	3,180 (4.3)	70,032 (95.3)
18 months postpartum ^c	72 (0.2)	245 (0.7)	18 (0.1)	962 (2.7)	31,277 (88.0)
36 months postpartum ^c	58 (0.2)	222 (0.9)	22 (0.1)	740 (3.1)	19,932 (83.9)

- A 18 mois du post partum, le % de femmes en rémission d'un TCA est important
 - 50% pour l'anorexie mentale
 - 39% pour la boulimie
 - 46% pour les EDNOS
 - 45% pour les BED
- Mais non systématique et avec des changements possibles du type de TCA

Les nouvelles formes de TCA pdt la grossesse: les « mummyrexies » ou pregorexie

"Mummyrexie", la grossesse poids plume

Par [Caroline Politi](#), publié le 02/12/2013 à 18:25

La photo d'une femme de footballeur norvégienne à la ligne parfaite quatre jours après son accouchement a relancé le débat sur l'anorexie des femmes enceintes, surnommée "mummyrexie".

En savoir plus sur
http://www.lexpress.fr/actualite/societe/mummyrexie-la-grossesse-poids-plume_1304519.html#DbdD49Dk59T2is05.99



Pregorexia: Is Skinny Kate Too Thin For A Pregnant Woman?





Après le déni de grossesse, voici le déni de maternité. De quoi s'agit-il ? Et bien on veut un bébé mais on refuse toutes les conséquences qu'une grossesse peut avoir sur le corps.

La « mummyrexie », le nouveau trouble alimentaire à la mode

Article publié par Isabelle Eustache le 10/12/2013
e-sante.fr

La « mummyrexie », le nouveau trouble alimentaire à la mode

Encore un comportement qui inquiète : la « mummyrexie » (ou pregnorexia), qui désigne un comportement anorexique pendant la grossesse. Autrement dit, la perception de la minceur extrême s'invite aussi pendant la grossesse. L'objectif : rester la plus mince possible pendant toute sa grossesse.

Or cette pratique est extrêmement dangereuse pour la mère mais aussi pour l'enfant, dont le développement peut être sérieusement altéré...

SE METTRE À LA DIÈTE MÊME ENCEINTE, C'EST LA NOUVELLE MANIE DE NOMBREUSES FUTURES MÈRES EN QUÊTE D'UNE ÉTERNELLE TAILLE XXS. AU PRIX DE LEUR SANTÉ, VOIRE CELLE DE LEUR ENFANT.

Par Caroline Lumet

J'étais enceinte de six mois quand j'ai compris que quelque chose clochait : je ne sentais plus mon bébé bouger. Quand les médecins ont posé les patchs de l'électrocardiogramme, son cœur ne battait déjà plus. Mon fils est mort de faim dans mon ventre. Et c'est ma faute : naïve enceinte, je voulais garder ma ligne à tout prix. C'était en mai dernier. Sassou, 29 ans, a passé des heures en salle de travail. Il a fallu déclencher l'accouchement, et « expulser le fœtus mort », selon les termes médicaux. Ce bébé était désiré. Un berceau l'attendait dans une chambre fraîchement retapissée. Aujourd'hui encore, Sassou a la conviction « d'avoir tué (son) enfant », dit-elle. Même si je n'avais jamais imaginé que faire un régime, enceinte, pouvait avoir de telles conséquences. Les magazines sont pleins de photos de mannequins ou d'actrices hyperminces alors qu'elles attendent un bébé. Se mettre à la diète en attendant l'accouchement : une sorte de déni de maternité qui n'a rien à voir avec le déni de grossesse. Apparu aux États-Unis, le phénomène de la pregnorexia (contraction de « pregnant » – enceinte – et « anorexia » – anorexie) gagne la France. Au désespoir des spécialistes de la santé.

« ELLES AFFAMENT LEUR BÉBÉ PENDANT NEUF MOIS »

Comme Sassou, Angélique, jeune Nigésoise de 27 ans, a toujours fait très attention à son poids. Pendant sa grossesse, c'est devenu une obsession. « L'apparence compte beaucoup dans mon métier, je suis propriétaire d'une boutique de prêt-à-porter », se justifie-t-elle. Malgré les mises en garde répétées de ses médecins, la jeune maman n'aura finalement pris que 5,5 kilos. « C'était agréable de sortir de la maternité avec ma ligne de jeune fille et sans non plus m'être privée, j'ai quand même mangé pour deux, je craignais souvent pour des glaces Ben & Jerry's, mon péché mignon », assure-t-elle. Difficile à croire. Selon la gynécologue Annick Touzaa : « Il est impossible de retrouver son poids juste après l'accouchement, celles qui l'assurent ont affamé leur bébé pendant neuf mois. » L'équation est simple : bébé

+ placenta + liquide amniotique = 7 kilos. Les gynécos recommandent une prise de poids d'au moins 9 kilos. « Qu'est-ce que ça fait croire ? Une maternité et hop ! on saute à nouveau dans son slim après l'épisiotomie ? On s'engage dans une voie dangereuse », s'inquiète le Dr Touzaa. Cette idée fixe d'une maternité invisible peut avoir de graves conséquences : carences, anémie, problème cardiaque, pathologies du développement, naissance prématurée. La mère, comme l'enfant, risque même d'en mourir. Eloïse, 34 ans, « pregnorexique presque repentie », selon ses propres mots, se dit « chanceuse » : son bébé et elle se portent bien. « Du moins physiquement », nuance-t-elle. La jeune femme fixe intensément ses mains avant de reprendre : « J'étais tellement focalisée sur les déformations que subissait mon corps à cause du bébé que j'en suis venue à lui en vouloir. Normalement, pendant la grossesse, on commence à tisser un lien, à "investir" notre enfant. Moi, je ne le voyais que comme un facteur de prise de poids. »

LA FAUTE AU STAR SYSTEM ?

Pour la jeune mère, le baby blues a été violent. Impossible de considérer sa fille avec chaleur. « Je la regardais et je pensais à mes vergetures. Encore maintenant, alors qu'on s'apprête à fêter ses 6 mois, ma fille et moi nous regardons un peu comme deux évangélistes », murmure-t-elle. « Il y a une dimension narcissique nouvelle chez les femmes enceintes. Le temps de la fusion avec le bébé où l'on est tout entière dévouée à ses besoins est mis à mal par notre préoccupation de la minceur », commente Pascale Zeihen, psychologue spécialisée dans les troubles alimentaires, qui tient « le star system et la société hyperféminisée pour responsables » (voir encadré page suivante). En pole position sur sa liste noire ? Victoria Beckham et son apologie de la maigreur. A son huitième mois de grossesse, en juin 2011, des paparazzis la surprennent perchée sur ses talons aiguilles, filiformes. Elle n'est pas la seule. Nicole Richie et sa styliste, Rachel Zoe, Heidi Klum ou encore la mannequin Alessandra Ambrosio sont toutes entrées à la maternité avec une silhouette de sylphide. « En portant ces femmes aux nues, nous, les médias, avons fait de ces mincebellis (maman bombes sexuelles) la nouvelle norme », décrypte Janice Min, journaliste à Hollywood pour le tabloïd *Us Weekly*. Pendant sa grossesse, Janice Min, elle, a « osé faire relâche ». Oubliés, l'abonnement au cours de Pilates et le régime alimentaire strict. « J'étais entourée de futures et de jeunes mamans qui arboraient des abdos en béton, tandis que je semblais cacher un pack d'Heineken sous mon T-shirt. Les remarques acerbes fusaient, comme si c'était moi qui avais un comportement malsain. »

MÈRES (PAS) MODÈLES

Enceintes de leur petit dernier, Victoria Beckham, Nicole Richie et Rachel Zoe avaient l'œil rivé sur la balance. A quelques jours du terme, aucune n'avait d'ailleurs pris plus de 7 kg. L'inquiétude de leurs proches était alors palpable. « Rachel Zoe est trop frêle et mince », confiait Jennifer Garner au magazine américain *Uy Weekly*. « (Nicole Richie) ne mange pas assez, glissait un ami au tabloid *The Star*. L'accouchement n'a pas signé la fin du calvaire : séances de sports intensives, régime sec, tout a été bon pour retrouver leur poids idéal... » en moins de deux semaines. Des comportements qualifiés de « dangereux », voire de « destructeurs » par les médecins.



Rachel Zoe
Poids annoncé :
52 kg pour
1,65 m.
Supplément
grossesse :
7 kg pour
Skyler
Morrisson.



Victoria Beckham
Poids annoncé :
45 kg pour
1,68 m.
Supplément
grossesse :
7 kg pour
Harper Seven.



Nicole Richie
Poids annoncé :
de 38 à 43 kg
pour 1,55 m.
Supplément
grossesse : non
communiqué,
mais on parle
de 7 à 8 kg
pour Sparrow
James Midnight
Madden.

► et non elles, se souvient-elle. Je me suis alors aperçue de la pression sociale qu'on avait mise sur les épaules des femmes. Le diète du « toujours canon », même sur le point d'accoucher, s'était répandue. »

DES VÊTEMENTS DE MATERNITÉ TAILLE XXS

En Europe du Nord, une femme enceinte sur vingt souffrirait de prégoxia, d'après le Britannique John Morgan, directeur du Yorkshire Center, une clinique dédiée aux troubles alimentaires. Sur les forums, les groupes de régime pour femmes enceintes se multiplient. Les internautes affichent, sous leurs pseudos, des courbes de poids anormalement plates. Elles s'encouragent à ne pas céder aux fringales. Et s'échangent des adresses où s'habiller. « Vu leur gabarit, elles pourraient très bien continuer de porter leurs habits de tous les jours. Mais comme elles essayent de se convaincre qu'elles vivent une grossesse normale, il leur faut acheter des vêtements de maternité », observe la psychologue Pascale Zrihen. Le marché s'est adapté. Il y a quelques mois, Rosie Pope, la créatrice de la marque éponyme pour femmes enceintes, a ajouté une taille XS à sa collection, « à la demande de ses clientes ». assure-t-elle. Certains de ses concurrents vont jusqu'à XXS. D'autres, au contraire, refusent de s'engager dans cette voie. « Il faut savoir que, pour certaines femmes, les tailles de vêtements servent de repère. Si la plus petite taille proposée est un 40, elles se disent : OK, c'est ça la norme. Si c'est un 34, elles feront ce qu'il faut pour rentrer dans ce 34 », explique Anne-Laure Coestanza, la fondatrice d'Envie de Fraîche, qui croit profondément à l'adage : neuf mois pour faire un bébé, neuf mois pour le défaire. »

3 QUESTIONS À... PASCALE ZRIHEN, PSYCHOLOGUE (1)

« C'est comme courir un marathon après des semaines de jeûne »

Quelle est l'ampleur du phénomène ?

Nous n'avons pas encore d'études chiffrées, mais nous voyons de plus en plus de prégoxiées. Et je pense qu'elles seront toujours plus nombreuses. Les responsables ? Le star-system. Ça crée un mimétisme chez les femmes. Elles ne veulent pas ressembler aux stars pour leur ressembler, elles veulent leur ressembler pour être admirées par la société. Une société hyperféminisée où les femmes doivent nier la maternité au nom de la féminité. La pression sociale est insoutenable. On voudrait que le corps sorte d'une maternité sans stigmate. Mais c'est un déni total de la réalité.

A quel prix garde-t-on sa ligne ?

Au prix de sa santé et de celle de son enfant. La liste des séquelles est immense : cancer grave, hypertension, anémie, cédème, problème cardiaque. La prégoxie peut conduire à la mort de la maman. L'accouchement est une épreuve. Ce serait comme courir un marathon après avoir jeûné pendant des semaines. Quant au bébé... il peut subir des pathologies du développement, être un grand

prématuré, mourir également. Psychologiquement, cela entraîne des problèmes. La mère lutte contre un phénomène naturel. En même temps, elle sait bien qu'elle n'adopte pas un comportement sain. Elle en éprouve de la honte. Une angoisse terrible. Parfois, cette obsession alimentaire s'accompagne d'un échec total à investir le bébé. Dans ce délire, le bébé est dénié totalement. La mère ne le voit que comme une cause de soucis. Un paramètre qu'elle doit subir.

Toutes les femmes peuvent-elles être touchées ?

L'anorexie est causée par des facteurs de grand stress. Quel plus grand bouleversement que la grossesse ! Cependant, on s'aperçoit que la plupart des femmes atteintes de prégoxie contrôlaient déjà leur alimentation. Elles avaient juste l'air de femmes saines qui prenaient soin de leur ligne, mais il s'agissait d'une anorexie maîtrisée, amplifiée par la grossesse. C'est un peu comme un verre craquelé qui va se briser le long des failles.

(1) Casseur d'Anorexie, boulimie, Explorations & conseils pratiques pour mieux vivre le quotidien de la grossesse.

Mummyrexie : quel risque pour la relation entre la mère et le bébé ?

Page 1 sur 2

vie pratique santé

MUMMYREXIE : QUEL DANGER POUR LA RELATION MAMAN-BÉBÉ ?

PSYCHO

Le problème avec la Mummyrexie n'est pas seulement physique, car ce comportement modifie aussi la vision de la maman pour son fœtus. Dans ce cas, comment vit-elle l'arrivée de son bébé ? Explications



L'enfant considéré comme un parasite :

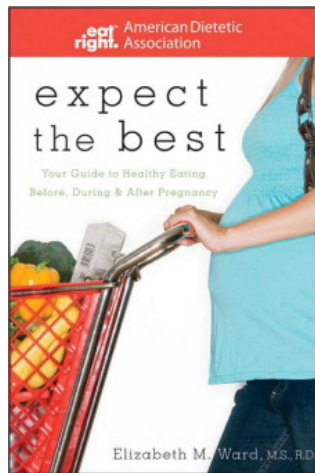
Sur le plan psychologique aussi, la « mummyrexie » a des effets déléterés. « Pendant 9 mois, l'enfant à naître est considéré comme un « parasite » par sa mère, puisqu'il est jugé responsable de la transformation de son corps, nous éclaire le Dr Apfeldorfer. L'enfant est perçu comme celui qui « détruit le corps ». Cette rancœur peut sérieusement

compliciter la construction du lien mère-enfant », s'alarme le psychiatre. Reste à savoir qui sont ces femmes qui refusent la transformation de leur corps. Il semble qu'un profil particulier se dégage : « Ce sont souvent celles qui, avant leur grossesse, étaient déjà obsédées par leur ligne, avaient tendance à surveiller de très près leur consommation alimentaire et avaient l'habitude de s'astreindre à des heures de sport intensif pour perdre du poids et muscler leur corps », précise le médecin. Bien souvent, ces femmes ne guérissent pas à la naissance de leur enfant. La prise en charge est donc nécessaire. Première étape : prendre conscience du problème. En cela, l'entourage est au premier plan. C'est le compagnon, l'amie, la mère qui doivent pointer du doigt le comportement de la future maman. Par la suite, une prise en charge psychologique est souvent indispensable. Par la parole, la jeune femme est amenée à mieux accepter son corps.

What Is Pregorexia?

[Jennifer Mathieu](#)

June 2009 • Journal of the AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION



La pré-gorexie ou « mummyrexie »

- **Pregorexia: Warning Signs**

While obesity in pregnancy is much more common than pregorexia, food and nutrition professionals with pregnant clients should be on the lookout for any signs that a woman is overly focused on body image over proper health and nutrition. Experts interviewed for this article agree such warning signs include:

- A documented history of eating disorders
- Talking about the pregnancy as if it were not real
- Focusing on calorie counts instead of general health
- Eating alone
- Skipping meals
- A weak or nonexistent support system

Food and nutrition professionals with clients who fit this profile should consider:

- Referring the client to a licensed mental health counselor
- Referring the client to a support group
- Having clients keep a food journal
- Seeing clients regularly during the pregnancy

Les consultations de grossesse dans un contexte de troubles du comportement alimentaire

Femmes en âge de procréer:

- 9 à 10% présentent une attention exagérée vis-à-vis du poids et de la silhouette (*site ABA, 1997*)
- 4.5 à 9% souffrent ou ont souffert de troubles des conduites alimentaires (*e.g., Hudson et al, 2007*)

- La grossesse est un moment critique dans un contexte de troubles alimentaires
- Risques pour la mère et l'enfant (résultats contradictoires)
- Patientes « secrètes »
- Les sages-femmes doivent être au fait des signes, symptômes et options de prises en charge pour ces patientes

Rôle des professionnels de santé
en consultation

Dépistage

Difficile...

- 45% des femmes souffrant de TCA demandent un traitement (*Hudson et al, 2007*)
- Dénî
- Honte
- Confusion avec des symptômes de début de grossesse (*Mitchell & Bulik, 2006*)

Consultations prénatales propices au dépistage

- Amélioration des symptômes pendant la grossesse dans 70% des cas (*Chizawsky & Newton, 2006*)
- Responsabilité envers le fœtus
- Réceptivité aux conseils pendant la grossesse
- Amélioration de l'image de soi

Signes, symptômes et facteurs de risque

- IMC bas en début de grossesse (<18)
- Prise de poids insuffisante au 2^{ème} trimestre
- Perte de poids pendant la grossesse
- Hyperémèse gravidique
- Puberté tardive, règles irrégulières (*Mitchell & Bulik, 2006*)

- Âge (19 à 21 ans)
- Européennes

Cognitions (*Soldera Kaiser, 2008*)

- Anorexie: perfectionnisme, obsessions, anxiété
- Boulimie: impulsivité, sentiment de perte de contrôle
- Faible estime de soi

Non verbal (posture « effondrée », fuient le regard)

- Antécédent familial de TCA ou d'autre pathologie mentale (dépression, troubles anxieux) (*e.g.*, *Senior et al*, 2005)
- Abus sexuel
- Abus de substances

- Questions ouvertes
- « comment vous sentez-vous par rapport à votre poids? », « faites-vous un régime en ce moment? »
- Habitudes alimentaires, exercice physique, laxatifs, diurétiques, poids minimum et maximum (*Mitchell & Bulik*, 2006)
- Attitude lors de la pesée

Questionnaire standardisé

- SCOFF
- 5 items
- 30 secondes

Le Questionnaire SCOFF

Le questionnaire SCOFF est un outil qui permet de dépister les troubles alimentaires. Il se compose de 5 questions qui ont déjà fait leurs preuves.

Testé sur une population féminine, ce questionnaire s'est révélé très efficace en dépistant 85% des troubles alimentaires, tant dans le domaine de la boulimie que l'anorexie.

Les questions que composent ce questionnaire sont les suivantes :

- 1- Vous êtes vous déjà fait vomir parce que vous ne vous sentiez pas bien "l'estomac plein"?
- 2- Craignez d'avoir perdu le contrôle des quantités que vous mangez?
- 3- Avez-vous récemment perdu plus de six kilogrammes en moins de trois mois?
- 4- Pensez-vous que vous êtes trop grosses alors que les autres vous trouve trop mince?
- 5- Diriez-vous que la nourriture est quelque chose qui occupe une place dominante dans votre vie?

Seulement deux réponses positives à ce questionnaire révèlent des troubles alimentaires chez la patiente. Un traitement est donc envisagé.

Tableau III : Body Shape Questionnaire-8C

Item 1	Avez-vous peur de devenir ronde (ou plus ronde) ?
Item 2	Vous sentir remplie (après un repas copieux par exemple) vous a-t-il fait vous sentir ronde ?
Item 3	Penser à votre silhouette trouble-t-il votre capacité à vous concentrer (pendant que vous regardez la télévision, vous discutez...) ?
Item 4	Avez-vous imaginé vous faire enlever des parties rondes de votre corps ?
Item 5	Vous-êtes vous sentie excessivement ronde ?
Item 6	Avez-vous pensé que vous avez la silhouette que vous méritez à cause d'un manque de contrôle sur vous-même ?
Item 7	Etes-vous mal à l'aise lorsque vous regardez votre silhouette dans un miroir ?
Item 8	Avez-vous été particulièrement préoccupée par votre silhouette quand vous êtes en compagnie d'autres personnes ?

Examen clinique

- Signes d'alerte
 - Hypokaliémie
 - Erosion des dents, parotides volumineuses
 - PH urinaire > 7
 - Idées suicidaires
 - Épisodes syncopales
 - IMC < 75% normale
 - Bradychardie
 - Temperature basse
 - Structure pelvienne altérée

Suivi anténatal

- Si possible, une seule sage-femme référente
- Soutien inconditionnel, sans jugement et avec compassion
- Nécessité et bénéfices d'une alimentation équilibrée et des risques inhérents à des comportements inadéquats
- Discussion sur les peurs et les angoisses de la patiente

- Identifier les besoins et apporter de l'information
- renforcer le sentiment de contrôle, sentiment de compétence
- Pas de culpabilisation ni de stratégie de la peur
- Tous les examens et résultats médicaux doivent être explicités

- Arrêt du tabac et abus de substances (*Bulik et al, 2009*)

Mesure du poids

- Très anxiogène
- Pesée nue
- Demander si la patiente veut connaître son poids
- Faciès neutre
- Assurer de la confidentialité des données
- Discuter du poids uniquement en cas d'extrême nécessité (poids trop faible)
- Question du poids toujours orientée sur la santé foétale et non de la mère

Consultations post natales

- Risque 3 fois plus élevé de développer une dépression du post partum (*Dotti, 2001*)
- Dès le pré-partum, présenter les symptômes de la dépression, orienter vers des sources de soutien
- Visites à 1 et 2 semaines du post partum
- Continuer à évaluer le trouble alimentaire
- Rassurer

Allaitement

- Dans un contexte de TCA, allaitement moins fréquent et moins long (*Micali et al, 2009*)
- Préoccupations majeures pour le poids de l'enfant (*Wentz et al, 2009*)
- Aborder l'allaitement dès le pré-partum, consultant en lactation
- Lien avec le pédiatre pour suivre la croissance de l'enfant
- Supplémentation en calcium et en vitamine D

Contraception

- Question majeure dans le post-partum
- Règles irrégulières
- Croyances d'infertilité
- Beaucoup de grossesses non désirées, surtout dans les cas de boulimie (*Morgan et al, 1999*)
- Choix éclairé de la contraception
- Éviter contraception orale chez les femmes qui se font vomir

Conclusion

- Dépistage des TCA en anténatal indispensable
- Instaurer un climat de confiance, sans jugement
- La sage-femme devient un référent social indispensable
- Elle fournit les clés et les encouragements nécessaires aux femmes souffrant de TCA pour mettre leurs habitudes alimentaires en adéquation avec la santé de leur enfant et la leur
- Travail en réseau, multidisciplinaire

Table 1. Pre-pregnancy demographic, clinical and eating disorder-related quality of life global scores presented by eating disorder status.

Variables	Current eating disorder (n = 19)		No current eating disorder (n = 159)		Statistics	
	Mean (SD)		Mean (SD)		t	p
Age, years	29.7 (4.9)		33.3 (4.4)			
Current BMI, kg/m ²	21.9 (3.1)		23.0 (3.3)		3.05	0.006
Lowest ever BMI, kg/m ²	17.0 (3.0)		19.7 (2.1)		2.75	0.011
Highest ever BMI, kg/m ²	25.0 (4.0)		24.6 (3.8)		3.89	0.001
Scores for QOLED					-0.40	NS
Global ^a	12.9 (3.8)		3.3 (2.1)		16.85	<0.001
Global (minus body weight)	12.3 (3.5)		3.0 (2.0)		17.23	<0.001
	n	%	n	%	χ ²	p
Eating disorder ever ^b	19	100	13	8.2		
Nulliparous	14	77.8	90	75.0	0.065	NS
Married	12	63.2	139	87.4	7.77	0.005
White Caucasian	17	89.5	141	88.7	0.11	NS
Full- or part-time employment	15	78.9	99	62.3	2.05	NS

BMI, body mass index; QOLED, quality of life related to eating disorders; NS, non significant p-values.
^aPossible range 0 to 24 (eating disorder patients >7) and includes subscale score body weight.
^bCell sizes too small for valid analysis.

Table 3. Standard deviation scores of weight and length/height (mean \pm 95% confidence intervals, respectively) of the children of mothers with a previous history of AN, BN and control children (Controls) from birth to 5 years of age

Age	Weight (kg)			Length/height (cm)		
	AN	BN	Controls	AN	BN	Controls
At birth	-0.66 [-1.26 to -0.06] n = 24	-0.62 [-1.24 to 0.00] n = 20	+0.01 [-0.34 to 0.37] n = 64	-0.39 [-0.86 to 0.08] n = 24	-0.15 [-0.64 to 0.34] n = 20	-0.14 [-0.42 to 0.13] n = 64
3.1 \pm 0.3 months	+0.50 [-0.06 to 1.07] n = 24	+0.63 [0.06 to 1.21] n = 20	+0.78 [0.44 to 1.11] n = 65	+0.31 [-0.19 to 0.80] n = 24	+0.79 [0.28 to 1.30] n = 20	+0.60 [0.30 to 0.89] n = 65
6.2 \pm 0.4 months	+0.15 [-0.32 to 0.61] n = 24	-0.33 [-0.15 to 0.82] n = 20	+0.37 [0.10 to 0.65] n = 65	+0.18 [-0.25 to 0.61] n = 24	+0.23 [-0.21 to 0.68] n = 20	+0.46 [0.21 to 0.72] n = 65
12.2 \pm 0.5 months	-0.19 [-0.63 to 0.26] n = 24	+0.09 [-0.37 to 0.55] n = 20	-0.11 [-0.37 to 0.16] n = 65	-0.02 [-0.42 to 0.46] n = 24	+0.08 [-0.38 to 0.54] n = 20	+0.30 [0.04 to 0.57] n = 65
18.2 \pm 0.6 months	-0.23 [-0.70 to 0.23] n = 24	-0.06 [-0.53 to 0.41] n = 20	-0.26 [-0.54 to 0.01] n = 65	-0.07 [-0.52 to 0.38] n = 24	+0.04 [-0.42 to 0.50] n = 20	+0.31 [0.04 to 0.57] n = 65
3.0 \pm 0.1 years	+0.38 [-0.25 to 1.00] n = 19	-0.11 [-0.61 to 0.83] n = 13	+0.22 [-0.14 to 0.58] n = 57	+0.11 [-0.45 to 0.67] n = 19	-0.21 [-0.86 to 0.43] n = 13	+0.28 [-0.04 to 0.60] n = 57
4.0 \pm 0.1 years	+0.55 [-0.00 to 1.10] n = 21	-0.27 [-0.32 to 0.86] n = 16	+0.30 [0.02-0.63] n = 58	-0.13 [-0.60 to 0.35] n = 21	-0.24 [-0.75 to 0.27]* n = 16	+0.38 [0.10 to 0.66] n = 58
5.0 \pm 0.0 years	+0.27 [-0.31 to 0.85] n = 22	-0.25 [-0.41 to 0.92] n = 15	+0.24 [-0.16 to 0.64] n = 43	-0.05 [-0.50 to 0.41] n = 22	-0.27 [-0.80 to 0.25] n = 15	+0.16 [-0.16 to 0.47] n = 43

Significant differences between ED groups (AN or BN) and control children are indicated: * $P < 0.05$.
Significant differences in comparison with the National reference population are indicated in bold figures.
Data are adjusted for the mother's BMI, the child's sex and the true age.

TABLE 2

Perinatal health complications in infants of women with an eating disorder compared with unexposed women
(continued)

Perinatal health complication	Anorexia nervosa	Bulimia nervosa	Binge eating disorder	Unexposed
Very low birthweight				
n (%)	3 (0.99)	6 (0.83)	0	34 (0.54)
Odds ratio (95% CI)				
Crude	1.86 (0.56-6.11)	1.55 (0.65-3.70)		1
Adjusted	2.14 (0.64-7.20)	1.81 (0.72-4.57)		
Low Apgar score at 1 min (<7)				
n (%)	16 (5.39)	39 (5.41)	5 (9.62)	299 (4.75)
Odds ratio (95% CI)				
Crude	1.14 (0.67-1.96)	1.15 (0.82-1.61)	2.13 (0.72-6.35)	1
Adjusted	1.17 (0.68-2.01)	1.13 (0.79-1.60)	2.23 (0.74-6.68)	
Very low Apgar score at 1 min (<3)				
n (%)	4 (1.35)	19 (2.64)	1 (1.92)	80 (1.27)
Odds ratio (95% CI)				
Crude	1.06 (0.39-2.89)	2.10 (1.25-3.54) ^a	1.52 (0.21-10.87)	1
Adjusted	1.16 (0.42-3.20)	2.31 (1.34-3.98) ^a	1.74 (0.25-12.1)	

Results of logistic regression models are provided.

^a Statistically significant findings.

Limso. Pregnancy outcomes in eating disorders. Am J Obstet Gynecol 2014.

Table 3
ED behaviors and weight perception in pregnancy: sub-group comparisons of prevalence and odds ratios

	Recent AN ^a (6) (a)	Recent BN (51) (b)	Past BN (158) (c)	Past AN and BN (70) (d)	Past AN Group (167) (e)	Group comparisons ^b
18 weeks						
Laxatives (twice or more) in pregnancy	0	9.1% (OR=7.3, 1.3–41.6)	0.7% (OR=0.5, 0.1–5.7)	0	1.3%	b>c***, e*
SIV (twice or more) in pregnancy	0	29.5% (OR=62.0, 7.8–492.1)	4.9% (OR=7.5, 0.9–62.2)	9.5% (OR=15.6, 1.8–132.2)	0.7%	b> c***, d** e*** d>c**
High exercise in pregnancy	60%	29.5% (OR=0.7, 0.4–1.6)	22.2% (OR=0.5, 0.3–0.9)	41.5% (OR=1.3, 0.7–2.4)	35.3%	c<e ** d>c**
32 weeks						
Put on too much weight	80%	76.6% (OR=2.1, 1.0–4.4)	70.5% (OR=1.5, 0.9–2.5)	60.6% (OR=0.5–1.8)	61.2%	b=c=d=e
Strong desire to lose weight	60%	63.8% (OR=4.2, 2.1–8.3)	36.2% (OR=1.3, 0.8–2.2)	24.2% (OR=0.7, 0.4–1.5)	29.7%	b> c***, d***, e***
Loss of control over eating	80%	71.7% (OR=3.5, 1.7–7.1)	48.3% (OR=1.3, 0.8–2.0)	31.8% (OR=0.6, 0.3–1.2)	42.2%	b> c***, e*** c>d*
Concern about weight gain	80%	78.7% (OR=2.1, 1.0–4.6)	69.1% (OR=1.3, 0.8–2.1)	64.6% (OR=1.0, 0.6–1.9)	63.7%	b=c=d=e
Dieting in pregnancy	0	12.5% (OR=4.0, 1.2–13.9)	4.0% (OR=1.2, 0.3–4.0)	7.6% (OR=2.3, 0.6–8.3)	3.4%	b> c*, e*

* $P<0.05$; ** $P<0.01$; *** $P<0.001$.

Odds ratios are presented for comparisons between all groups and women with past AN.

^a This group was not compared to other groups, because of low power.

^b Only comparisons showing statistically significant group differences are shown: (a) recent AN, (b) recent BN, (c) past BN, (d) past AN and BN, (e) past AN.