

Revue générale

Signes cutanés des troubles des conduites alimentaires

RÉSUMÉ : Les troubles des conduites alimentaires sont l'anorexie, la boulimie et un trouble qualitatif de description plus récente (l'orthorexie). Les conséquences cutanéomuqueuses de ces troubles peuvent être nombreuses. En dehors des conséquences classiques de l'obésité, on peut ainsi rencontrer les multiples conséquences de carences mais aussi celles de l'usage détourné de médicaments ou des vomissements provoqués.

Les comorbidités associées peuvent également se traduire par des manifestations cutanéomuqueuses ou par des troubles de l'image corporelle.



M. CHASTAING



N. DANOU



L. MISERY

Nous parlerons ici des manifestations cutanées liées à une consommation pathologique volontaire, qu'elle soit quantitative (restriction/anorexie mentale, hyperphagie avec ou non comportements compensatoires/boulimie, *binge eating*) ou qualitative (orthorexie). Cela exclut l'absorption de nourriture non comestible. Ce caractère pathologique du comportement alimentaire a des conséquences somatiques, psychiques, relationnelles et sociales, dans une sorte de déconnexion entre l'acte de manger et des modulateurs naturels que sont la faim, la satiété, la perception du plaisir et de la valeur relationnelle du repas.

La reconnaissance des signes cutanés des troubles du comportement alimentaire (TCA) [1] peut permettre un diagnostic précoce, et ainsi diminuer la chronicité et la morbidité de ces troubles ; ils sont à traiter même s'ils vont s'améliorer avec la reprise de poids. Ces TCA interrogent l'image corporelle, ont un retentissement (en particulier du fait des pathologies carencielles) et sont souvent associés à des comorbidités qui ont une traduction dermatologique (trouble obsessionnel compulsif, dysmorphophobie, excoarations psychogènes).

Plusieurs propositions de loi récentes mettent en avant ce problème de société et de santé publique : celle relative aux photographies d'images corporelles retouchées permettant la diffusion d'une représentation erronée de l'image du corps, et celles relatives à une taxe fiscale sur les produits de grignotage et l'interdiction de publicité télévisée sur les produits excessivement gras et sucrés. En effet, la dimension culturelle des TCA, qui ont un tronc psychopathologique commun, est indéniable. Leur prévalence est élevée dans les pays riches, à l'abri du besoin alimentaire. Ces troubles peuvent être à l'origine de multiples signes cutanés ou muqueux.

L'anorexie mentale

Pathologie sévère à la mortalité importante (5 à 9 %), l'anorexie mentale se manifeste essentiellement à l'adolescence (1 à 2 % des adolescents entre 12 et 20 ans) mais on constate une augmentation des cas chez les patients prépubères (8-12 ans). Elle touche majoritairement les filles et se retrouve dans 0,3 à 3 % de la population féminine. Le *sex ratio* est de 1 homme pour 9 femmes mais il est important d'y penser devant

I Revues générales

un amaigrissement chez le jeune garçon, et ce d'autant qu'elle est réputée plus sévère chez les garçons. La prévalence est plus élevée chez les sportifs (surtout les femmes).

On définit l'anorexie mentale comme un trouble du comportement visant à contrôler le poids altérant de façon significative la santé physique, sans être secondaire à une affection médicale ou à un autre trouble psychiatrique. La stéréotypie clinique et la constance de la population concernée (âge et sexe) contrastent avec le polymorphisme des troubles habituellement rencontrés à l'adolescence.

Si on évoque assez communément ce diagnostic devant un indice de masse corporelle (IMC) bas, il faut savoir y penser devant des adolescents consultant soit directement pour des préoccupations concernant leur poids, soit pour des désordres gastro-intestinaux ou des problèmes psychologiques. Des perturbations des cycles menstruels, en particulier une aménorrhée, sont fréquentes. Enfin, les patients atteints de pathologies impliquant des régimes (telles que l'hypercholestérolémie familiale, le diabète de type 1) sont également des patients plus à risque de développer une telle pathologie.

Classiquement, le diagnostic d'anorexie mentale reposait sur la triade symptomatique des 3A, à savoir : anorexie, amaigrissement et aménorrhée. La classification diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM 5) fait reposer le diagnostic d'anorexie mentale sur 3 critères : une restriction des apports par rapport aux besoins amenant à une perte de poids, une peur intense de reprendre du poids ou de devenir gros et une altération de la perception du poids ou de la forme corporelle [2].

L'anorexie de l'anorexie mentale a des particularités qui la différencient de celle rencontrée dans les pathologies somatiques. Il ne s'agit pas d'une perte d'appétit mais d'une restriction volontaire de l'alimentation : le (la) patient(e)

lutte activement contre la faim. La sensation de faim est érotisée et on peut parler d'un "orgasme de la faim". Ce rapport particulier à la nourriture s'extériorise par diverses conduites : comptage des calories, sélections et exclusions alimentaires, évitement des repas, dissimulation de nourriture. Ces patients manifestent un vif intérêt pour la nourriture qui les amène parfois à voler des aliments ; ils aiment faire la cuisine, recherchent des recettes et il n'est pas rare qu'ils expriment le souhait de s'orienter vers une activité professionnelle en rapport avec l'alimentation (diététicienne...).

On distingue 2 types d'anorexie mentale :
 – dans le type restrictif, l'amaigrissement est obtenu uniquement par le jeûne et la restriction alimentaire ;
 – dans le type mixte, la restriction alimentaire est associée à des crises de boulimie/vomissements et parfois à la prise de purgatifs (laxatifs, diurétiques, lavements).

Dans tous les cas, on retrouve une forme de déni, fondamentale pour le diagnostic. L'anorexie et l'amaigrissement sont généralement niés par les patients qui rationalisent leurs comportements (par exemple, ils expliquent leur restriction alimentaire par des problèmes digestifs comme la constipation). Il existe chez ces patients une réelle distorsion de l'image du corps et on retrouve chez eux un fort besoin de maîtrise. Pour favoriser l'amaigrissement, ils développent une hyperactivité physique et peuvent aussi s'exposer au froid ou se priver de sommeil.

Chez les jeunes filles, l'aménorrhée peut être primaire ou secondaire. Les troubles endocriniens sont en fait plus diffus et on a un véritable dysfonctionnement hypothalamo-hypophysaire qui se traduit par un retard de croissance et un retard de développement des organes génitaux. On retrouve aussi une perte d'intérêt sexuel, une impuissance chez le garçon et une infertilité. D'autres signes physiques d'accompagnement peuvent être présents : bradycardie,

hypotension, frilosité, hypertrophie parotidienne chez les vomisseuses, reflux gastro-œsophagien, constipation ou retard à la vidange gastrique.

Les complications peuvent être cardiaques (troubles du rythme, cardiomyopathie non obstructive), digestives (œsophagite, pancréatite, hépatite), neurologiques (convulsions, neuropathies), osseuses (ostéopénie). Les complications biologiques sont fréquentes et constituent un signe de gravité : hypo/hypernatrémie, hypokaliémie, insuffisance rénale fonctionnelle, hypoglycémie, hypophosphorémie, hypomagnésémie, hypercholestérolémie, hyperamylasémie, anémie, leucopénie, thrombopénie.

Il s'agit donc d'une pathologie grave dont l'évolution est variable (1/3 guérit, 1/3 évolue sur un mode plus ou moins chronique et 1/3 s'aggrave progressivement) et parfois mortelle puisque la mortalité (liée aux suicides ou aux complications somatiques) atteint 20 % après 20 ans d'évolution. Cette évolution souvent péjorative justifie une prise en charge précoce avec une attention portée aux signes de mauvais pronostic. L'âge de début très jeune (inférieur à 10 ans) ou très tardif (supérieur à 20 ans) est un élément péjoratif ainsi que l'existence d'une longue évolution avant une première prise en charge effective. L'association à une vraie boulimie ou au moins à des vomissements fréquents constitue un facteur défavorable. Les formes limites avec un état psychotique sont également de mauvais pronostic. Enfin, l'importance et la rapidité de la perte de poids justifient une vigilance accrue.

Pour permettre une prise en charge précoce, les médecins somaticiens (nous verrons que les dermatologues peuvent se retrouver en première ligne) se doivent de ne pas banaliser le désir de perte de poids avec le patient et sa famille. Il est indispensable d'envisager très rapidement une double prise en charge médicale (avec surveillance du poids et des complications éventuelles)

et psychiatrique qui doit être conjointe avec le maintien d'échanges entre les différents praticiens impliqués dans la prise en charge.

Pour faciliter l'adressage au psychiatre, le médecin somaticien pourra s'appuyer sur les troubles somatiques ou encore sur la dépression. Il est intéressant de pouvoir orienter le patient vers des psychiatres ou des structures s'occupant des adolescents, qui se développent actuellement. Dans tous les cas, l'attitude et la souffrance de la famille dans sa globalité doivent faire l'objet d'une attention certaine et justifient parfois une prise en charge thérapeutique spécifique.

■ La boulimie

La boulimie peut être isolée ou associée à l'anorexie (la moitié des patients anorexiques). Il s'agit d'un trouble compulsif et la boulimie est considérée comme une véritable pathologie addictive. Cette pathologie est 9 fois plus fréquente chez les femmes que chez les hommes. Elle toucherait 2 à 5 % de la population féminine, et plus particulièrement 4 à 8 % de la population féminine étudiante. L'âge de début est précoce, entre 15 et 20 ans.

La boulimie se définit par l'existence d'épisodes de consommation de nourriture en quantité importante dans un temps limité (inférieur à 2 heures) se répétant au moins 2 fois par semaine pendant au moins 3 mois. Ces crises s'associent à une préoccupation persistante par le fait de manger avec un désir intense ou un besoin irrésistible de manger et l'impression de ne pas avoir le contrôle des quantités ingérées ou la possibilité de s'arrêter. Elles sont effectuées dans le secret, en solitaire, loin des regards. Elles débutent brutalement, sont précédées par une sensation de malaise, de vide, de grande anxiété mais sans sensation de faim. L'ingestion massive et brutale de nourriture calme ce malaise pénible. Les patientes absorbent des aliments très caloriques (sucrés ou salés) qu'elles

n'apprécient pas forcément. La notion de plaisir est absente dans ces crises et surviennent ensuite des sentiments de tristesse, de honte et de culpabilité.

Les patientes présentent également une préoccupation obsédante vis-à-vis du poids et de la forme corporelle (influençant de manière importante leur estime de soi) qui engendre des stratégies comportementales compensatoires visant à éviter la prise de poids : vomissements provoqués, prises de laxatifs ou de diurétiques, jeûnes, exercice excessif.

La boulimie évolue souvent vers la chronicité avec des périodes d'accalmie mais les rechutes sont fréquentes, engendrant souvent une invalidité scolaire, affective, sociale, mais également des risques graves pour la santé et une durée de vie réduite. Elle disparaît parfois avec le temps mais elle peut constituer aussi une porte d'entrée vers l'anorexie mentale.

Les principales complications somatiques sont liées aux vomissements qui engendrent des troubles métaboliques (diminution du chlore et du potassium pouvant même aboutir à un arrêt cardiaque). Les répercussions sur le plan pondéral varient en fonction du comportement alimentaire en dehors des crises. La boulimie peut engendrer une obésité lorsque l'alimentation en dehors des crises est normale ou exagérée. Elle peut être associée à un poids normal du fait d'une alimentation restrictive en dehors des crises mais le plus souvent le poids est fluctuant. De manière générale, le relatif bon contrôle du poids est responsable d'un diagnostic tardif, d'autant que les patientes ont honte d'avouer leur trouble du comportement alimentaire.

On retrouve chez ces patientes des traits de personnalité assez constants avec une fragilité narcissique avec mésestime de soi et dépressivité, une tendance à l'impulsivité et au passage à l'acte (vols d'aliments...), une dépendance affective avec avidité dans la relation à l'autre, une grande difficulté à supporter la solitude.

Enfin, la souffrance psychique induit un risque non négligeable de passage à l'acte suicidaire.

■ Le *binge eating disorder*

Il s'agit d'une variante de la boulimie dont la description s'est calquée sur le *binge drinking* des jeunes qui consomment en un temps très court des quantités massives d'alcool fort, pratique aboutissant à des pertes de conscience et parfois à la mort. Dans le *binge eating disorder*, la crise est parfois préparée (achat d'aliments en prévision) et les aliments ingérés sont appréciés. Les crises sont quantitativement moins importantes et on retrouve peu ou pas de comportements compensatoires (vomissements, restrictions...). Enfin, l'obésité est plus fréquente.

Ce trouble du comportement alimentaire constitue un moyen de compensation pour des émotions et affects. Il permet de combler une sensation de vide intérieur ou de gérer des conflits intrapsychiques quand les capacités de symbolisation font défaut. C'est parfois aussi un moyen de traiter une dépression sous-jacente et il réalise donc une solution (défense) pour faire face à une détresse psychique qui peut parfois être liée à des carences affectives précoces (responsables d'un vécu abandonnique), un deuil pathologique, une maltraitance qu'il faut donc rechercher.

La boulimie et sa forme clinique, le *binge eating disorder*, nécessitent donc une prise en charge adaptée. Le médecin somaticien, à qui le patient s'adresse souvent initialement, a un rôle dans l'accueil bienveillant, sans jugement, de la souffrance de ces patients. Il doit permettre au patient de s'exprimer sur son comportement vis-à-vis de la nourriture, ce qui n'est pas simple car ce comportement est entaché de honte ce qui rend difficile son dévoilement. L'autre partie de son travail consiste à lui signifier qu'on peut l'aider et à l'orienter vers une prise en charge spécialisée.

I Revues générales

Signes cutanéomuqueux de l'anorexie mentale

Ils sont liés en majeure partie à la restriction alimentaire entraînant carences nutritionnelles et troubles hormonaux, et éventuellement au recours à des purges compensatoires (vomissements provoqués et/ou usage de drogues émétisantes, laxatives). Ces carences nutritionnelles touchent les micronutriments (vitamines en particulier du groupe B, mais aussi C, A et K ; oligoéléments comme le fer et le zinc) et les macronutriments (lipides, glucides, protides). Ainsi peuvent se voir une peau sèche, pâle (fer), un eczéma craquelé (zinc, vitamine PP), un érythème des zones photo-exposées (vitamine PP), une kératose folliculaire et un purpura ecchymotique (vitamine C), et surtout une glossite (vitamines B12, PP, C). On peut donc retrouver à des degrés modérés des signes de type pellagre, acrodermatite entéropathique, scorbut [3, 4].

Les signes hormonaux traduisent une atteinte fonctionnelle et centrale hypothalamo-hypophysaire durant les phases de jeûne (TSH basse ou normale basse, augmentation modérée de l'ACTH, hypogonadisme, augmentation de la GH). L'hypothyroïdie adaptative ne doit pas être traitée : elle a pour but de diminuer la dépense énergétique de repos et limiter la perte de poids. Elle se traduit par une peau fine, froide et sèche, une perte de cheveux diffuse et/ou à prédominance frontale (cheveux fins, secs, ternes et cassants), aggravée par les possibles carences en fer, cuivre, zinc et vitamine C.

L'atteinte des phanères peut être révélatrice et les anorexiques usent de recommandations sur les blogs de type "garde tes cheveux en bonne condition, personne ne suspectera rien". L'hypothermie associée est responsable d'une cyanose périphérique, renforcée par une hyperactivation de la vasopressine du fait de la baisse de la pression artérielle lors de la dénutrition. Cette acrocyanose est permanente, bilaté-

rale, précoce et parallèle à la perte de poids [5]. Notons les cas rares rapportés par l'équipe de Montpellier en 2015 avec acrosyndrome sévère, ulcérations pulpaire et extrémités acromégaloïdes [6]. Il faut aussi penser que l'acrocyanose peut être majorée par la prise d'amphétamines. L'hypercorticisme peut induire atrophie cutanée, fragilité capillaire et hirsutisme. Le lanugo acquis, diffus (poils fins sur la face externe des joues, les membres supérieurs et le dos), classiquement décrit, est une hypertrichose et non un hirsutisme, possiblement lié à la diminution de la SHBG. Il existe essentiellement dans les formes chroniques. Les ongles sont également touchés : onychoschizie lamellaire et koïlonychie par carence martiale, onychorhexie et trachyonychie par dénutrition ; plus anecdotiquement bombement en verre de montre lors de la prise de laxatifs au séné.

La vitamine A représente un cas particulier. Sa carence d'apport (TCA, vegans) entraîne une xérose cutanée, voire une "peau de crapaud". Sa consommation en excès dans la recherche d'aliments basses calories (fruits jaunes, orangés, légumes verts) peut à l'inverse entraîner des signes d'hypervitaminose A (xérose, chéilite, alopecie), mais l'hypothyroïdie au cours de l'AM empêche la conversion du carotène en vitamine A et entraîne par accumulation une caroténodermie, notamment palmoplantaire. Il faut également penser à l'ingestion de suppléments alimentaires qui peuvent contenir du carotène.

En dehors de la restriction alimentaire, l'usage détourné de certains médicaments ou drogues ayant pour but de supprimer l'appétit, et/ou d'accélérer le métabolisme, et/ou d'éliminer les calories, est classiquement signalé et discuté sur les forums adolescents. Les signes dermatologiques liés à l'usage de drogues purgatives sont rares (toxidermie type érythème pigmenté fixe sous laxatifs, photosensibilité sous diurétiques), ils entraînent préférentiellement des troubles hydroélectrolytiques, avec œdèmes périphériques, et aggravent les

carences vitaminiques. Sous ces médicaments, la perte de poids est un leurre.

En France, les anorexiques ont peu recours aux laxatifs et aux diurétiques, privilégiant la restriction alimentaire et l'hyperactivité. Mais, parfois, le médicament est débuté sur prescription médicale pour la constipation liée à la dénutrition. Il ne faut pas oublier également la prise de substances anorexigènes (amphétamines, psychostimulants), le détournement de médicaments contre l'obésité qui, en diminuant l'absorption des graisses, entraînent une carence en vitamines liposolubles (ADEK), et le problème de médicaments en vente libre sur internet, dits "over the counter", possiblement perçus comme plus inoffensifs [7]. L'ANSM a interdit en France, en avril 2012, la vente de produits de santé à visée amaigrissante (comme les écorces de fruits, tiges séchées de *Citrus aurantium*, *Garcinia Cambodgia*, *Hoodia gordonii*...) du fait d'effets secondaires neuropsychiques et cardiaques.

Il existe donc de multiples signes cutanés, peu sont spécifiques mais, outre les phanères, l'examen des mains et de la bouche est fondamental.

L'atteinte de la muqueuse orale est souvent la plus précoce. Les glossites ne sont souvent pas spécifiques d'une carence mais associées à des carences multiples. Elles se manifestent d'abord par des signes fonctionnels (douleurs, brûlures, picotements) pour aller ensuite vers un érythème diffus et une dépapillation linguale. Il y a souvent un mauvais état dentaire et une parodontopathie. La xérostomie est fréquente et peut se compliquer d'une candidose.

Les vomissements provoqués peuvent être à l'origine d'hémorragies conjonctives et de pétéchies orbitaires, d'érosions du palais et d'érosions dentaires (surtout des incisives supérieures et des surfaces occlusales des molaires). Ils sont aussi à l'origine d'érosions et surtout de callosités du dos des mains :

il s'agit du signe de Russell, considéré comme pathognomonique. La "main anorexique" se caractérise également par une xérose, une atrophie sous-cutanée, une acrocyanose, des excoriations et des dystrophies unguéales.

Des troubles sensitifs diffus peuvent être rencontrés. Leur physiopathologie est complexe : neuropathie carentielle, troubles hormonaux, troubles du schéma corporel.

■ Signes cutanés du comportement hyperphagique

On retrouve les signes cutanés classiques liés au surpoids, voire à l'obésité, que ce soit avec des comportements compensatoires comme dans la boulimie (où on peut retrouver, associés, les signes de vomissements provoqués) ou surtout sans compensation dans le *binge eating*. Ce tableau est dominé par des signes d'hyperandrogénie et d'hypercorticisme (acné, hirsutisme, vergetures, *acanthosis nigricans* des grands plis), associés à des intertrigos par macération, une kératose pileuse, une fragilité de la cicatrisation, et des lymphœdèmes acquis avec hyperkératose plantaire et acroangiadermatite de stase, exposant au risque d'érysipèle.

Les excoriations psychogènes sont fréquentes chez les boulimiques et, dans une moindre mesure, chez les anorexiques. Elles sont liées à un grattage répété (sans prurit ou avec peu de prurit) pour "décharger une tension nerveuse". Elles représenteraient un signe de gravité car elles seraient plus souvent associées à des maltraitances, voire à des sévices sexuels. Il peut aussi s'agir de scarifications ou d'autres lésions induites : acné excoriée, trichotillomanie, onychotillomanie, onychophagie, ou même de lésions induites du fait de troubles obsessionnels compulsifs (lavage excessif) ou d'une pathomimie authentique.

Les TCA sont souvent associés à des troubles dysmorphiques, le premier

d'entre eux étant une tolérance inhabituelle par rapport aux signes physiques accompagnant les TCA. *A contrario*, on peut être confronté à une conviction pathologique d'avoir une acné, une peau grasse, une peau sèche, des rides, des cernes ou des troubles pileux.

■ L'orthorexie

L'orthorexie est un TCA de description plus récente (1997) [8]. Il s'agit d'un ensemble de pratiques alimentaires caractérisé par la volonté obsessionnelle d'ingérer une nourriture supposée saine et le rejet systématique d'aliments vécus comme malsains. Sa prévalence est en croissance rapide. Ce qui est considéré comme sain est souvent lié à une auto-production ou "bio" ou "naturel", avec une orientation fréquente vers les huiles essentielles, la nourriture crue, le lait de soja, le riz complet, les aliments mâchés longtemps, etc. Les aliments vécus comme malsains sont souvent d'origine industrielle ou animale ou bien ce sont les OGM, les aliments gras, sucrés ou salés, ou ceux contenant des additifs, des colorants ou des pesticides, ou encore le lait de vache ou le gluten, etc.

Ce qui fait la différence avec une préférence est la préoccupation envahissante pour ou contre tel type d'aliment, avec un temps excessif pour planifier les repas, des rituels de cuisson ou d'achat et une impossibilité de dialoguer avec cette fixation excessive, un sentiment

POINTS FORTS

- Anorexie et boulimie peuvent être associées chez une même personne.
- L'orthorexie est de plus en plus fréquente.
- Les carences sont multiples, y compris chez les boulimiques.
- La main est le lieu du corps où se concentrent les signes cliniques évoquant des TCA.

de culpabilité si on sort du régime et une indifférence aux plaisirs de l'alimentation. Il y a progressivement une tendance à l'isolement, avec des journées dédiées à ce type de comportement, puis l'installation d'un état de malnutrition et de carences multiples.

BIBLIOGRAPHIE

1. STRUMIA R. Eating disorders and the skin. *Springer*, 2013.
2. American Psychiatric Association, CROCC MA, GUELFY JD. DSM-5® : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Traduction française de la 5^e édition. *Elsevier Masson*, 2015.
3. STRUMIA R. Dermatologic signs in patients with eating disorders. *Am J Clin Dermatol*, 2005;6:165-173.
4. GLORIO R. Prevalence of cutaneous manifestations in 200 patients with eating disorders. *Int J Dermatol*, 2000;39:348-353.
5. SENET P. Diagnostic des acrosyndromes vasculaires. *Ann Dermatol Venereol*, 2015;142:513-518.
6. BEST M, QUERÉ I, BESSIS D. Acrosyndrome acromégaloïde au cours de l'anorexie mentale. *Ann Dermatol Venereol*, 2015; 142:S640-S641.
7. GREGOROWSKI C, SEEDAT S, JORDAAN GP. A clinical approach to the assessment and management of co-morbid eating disorders and substance use disorders. *BMC Psychiatry*, 2013;13:289.
8. DUNN TM, BRATMAN S. On orthorexia nervosa: A review of the literature and proposed diagnostic criteria. *Eat Behav*, 2016;21:11-17.

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.