

Anorexie nerveuse atypique chez l'homme. Particularités des troubles endocrino-sexuels de la dysmorphomanie

Il s'agit d'une étude systématique sur 37 patients masculins, âgés de 18 à 35 ans, atteints d'anorexie nerveuse et traités surtout par le biais de problèmes psycho-sexuels.

INTRODUCTION

L'anorexie nerveuse (AN) liée à la dysmorphomanie, qui se caractérise par des comportements récurrents visant à la correction d'une dysmorphie corporelle¹ – altération de la perception de la forme de son propre corps, préoccupation pathologique concernant un défaut imaginaire de l'apparence physique, préoccupation démesurée d'un léger défaut physique (gros-seur de tout le corps ou de certaines parties) – est traditionnellement considérée comme une pathologie typiquement féminine. L'incidence de cette pathologie chez les hommes est casuistique,^{2,3} même si actuellement les hommes représentent 5-10% de tous les patients atteints d'AN et si l'on observe, chez eux, une augmentation des troubles alimentaires.

Le rapport homme/femme des sujets avec un diagnostic d'AN est passé de 1:10 à 1:9. Selon certains auteurs,⁴ cela est dû à la grande importance accordée à l'apparence physique ainsi qu'à l'augmentation de troubles de l'humeur et de troubles anxieux dans la population qui jouent un rôle essentiel dans l'apparition de l'AN.

Des auteurs ont mis en évidence que les troubles des conduites alimentaires chez les hommes sont précédés par la présence de troubles de l'identité sexuelle.⁵ D'autres se sont

intéressés à la relation entre l'AN et la profession exercée.⁶ Ainsi, dans les groupes à risque on trouve une majorité de danseurs, de sportifs et de modèles. Chez les danseurs, l'AN s'observe dix fois plus fréquemment que dans la population générale. Les sportifs – en particulier les coureurs – ont tendance à abaisser leur masse grasseuse à des niveaux très bas (5 à 7% du poids corporel).^{7,8}

Néanmoins, chez les sportifs, les troubles des conduites alimentaires (*anorexia athletica*)⁹ sont passagers et dépendent des périodes de compétition. En effet, une fois la compétition terminée, ceux-ci ont tendance à s'alimenter de manière intensive afin de retrouver leur poids corporel précédent.¹⁰

Par le passé, l'AN chez les hommes était envisagée par les psychiatres russes comme un symptôme de la schizophrénie.² Actuellement, elle est soit considérée comme un syndrome faisant partie de diverses maladies psychiques, soit associée en comorbidité aux troubles phobiques, anxieux, de conversion, ainsi qu'à des troubles de la personnalité. Elle peut aussi représenter une entité nosologique à part entière.

OBSERVATIONS CLINIQUES

Entre 2001 et 2011, nous avons traité dans notre établissement 37 malades hommes âgés de 18 à 35 ans, qui nous ont été adressés avec un diagnostic d'AN.

Chez les hommes atteints d'AN, le rôle de l'héritage psychique familial était

Rev Med Suisse 2012; 8: 645-7

A. E. Brukhin
G. E. Borella
P. Borella

Dr Andreï Evguenievitch Brukhin
Département de psychiatrie
et de psychothérapie
de l'Université de Russie
Droujba Narodov
43, rue Donskaya, 115419 Moscou
Russie
drie@inbox.ru

Dr G. Eugenia Borella
Paloma Borella, Psychologue
17-19D, rue Vautier
1227 Carouge/Genève
eugborella@hotmail.com
palomarella@gmail.com

Atypical anorexia nervosa in male patients who also have endocrinological disturbances and dysmorphomania

A systematic study of 37 male patients, between 18 and 35, suffering from anorexia nervosa, but also affected by endocrinological problems. However, from a psychiatric point of view they disclosed symptoms dysmorphophobia.



plus important que chez les femmes : ces malades avaient des antécédents de schizophrénie, d'alcoolisme, de troubles de l'humeur et de troubles anxieux dans leurs familles.

Une particularité de l'étape prémorbide, chez ces patients hommes, était la présence de traits de caractère schizoïdes et asthéniques.

Chez la plupart des jeunes patients atteints d'AN, la maladie s'est manifestée à l'âge prépubère et pubère à travers des changements de traits de caractère, des troubles dysmorphomaniaques, des idées mégalomaniaques ou des troubles délirants concernant des thèmes de grandeur, d'autoguérison ou des idées de dysfonctionnement des organes. Souvent, ces idées délirantes étaient accompagnées d'une certaine intoxication métaphysique.

La dynamique des étapes de l'AN des hommes est identique à celle des femmes. Néanmoins, chez les hommes, la cachexie et l'atteinte secondaire des troubles endocrino-sexuels sont plus graves. Nous considérons que cela est dû à un manque d'information des médecins quant à la possibilité de diagnostiquer une AN chez l'homme. Par ailleurs, les malades tendent à cacher leur état et à dissimuler aux médecins les vrais motifs de leur maigreur. De plus, étant donné que l'aménorrhée constitue un signe important de l'AN chez les femmes, les gynécologues et endocrinologues sont informés à temps et peuvent ainsi mettre en place des mesures thérapeutiques.

Chez les jeunes hommes, les troubles endocrino-sexuels sont cliniquement moins évidents : diminution ou disparition de la libido, de la pollution nocturne, de l'éjaculation, de la puissance sexuelle, ainsi que diminution de la taille du scrotum, des testicules et de la sténose du méat.

L'évaluation du degré de gravité de ces troubles permet une appréciation correcte du stade de la maladie et la mise en route du processus thérapeutique et de réhabilitation.

Chez pratiquement tous les patients atteints d'AN, nous avons observé que l'héritage familial de maladies psychiques était assez chargé,^{2,3,11} la schizophrénie était fréquente, tandis que les troubles de la personnalité ou l'alcoolisme l'étaient moins. De plus, des troubles des conduites alimentaires (anorexie nerveuse ou boulimie nerveuse)^{1,3} ont été identifiés chez l'un des membres proches de la famille.

Selon les critères diagnostiques du DSM-IV¹² concernant les troubles alimentaires, chez les hommes l'AN se présente de manière atypique puisque certains des critères sont absents, comme par exemple :

- 1) la peur intense de prendre du poids ;
- 2) la relation entre le refus de nourriture et l'envie de perdre du poids.

De plus, chez les hommes, on observe moins de changements neuro-endocriniens secondaires.

L'AN atypique se présente en concomitance avec des troubles hypocondriaques, des troubles phobico-obsessionnels et des idées mégalomaniaques et, dans ces cas, les troubles dysmorphophobiques et dysmorphomaniaques ne dépendent pas de la peur de prendre du poids. Il s'agit de patients qui, depuis l'enfance, ont un mauvais appétit, sont souvent atteints de troubles gastro-intestinaux et présentent en outre un retard de croissance. Enfants, ils inquiètent beaucoup leurs parents de par leur état physique, créant ainsi une relation de forte dépendance envers eux.²

Avec le début de la puberté, leur état somatique s'aggrave. Apparaissent alors un dégoût profond pour la nourriture, des nausées, des vomissements et la sensation de lourdeurs d'estomac après manger. Afin de diminuer ces pénibles sensations, les malades commencent à réduire leur alimentation de façon systématique, ce qui conduit à la formation du syndrome de l'AN. Des troubles de l'humeur se manifestent avec une prépondérance des symptômes dépressifs.

Par la suite, le tableau clinique se complète par une prédominance des symptômes cénesthésiques et hypocondriaques avec une tendance aux idées fixes ou délirantes. Des troubles phobico-obsessionnels apparaissent souvent.^{2,11,13}

Dans ces cas cliniques décrits, le diagnostic des troubles des conduites alimentaires a été posé tardivement, parce que ces patients étaient suivis par des médecins internistes. Ainsi, ils n'ont pas reçu un traitement adéquat et ils présentaient, au moment de l'entrée en psychiatrie, outre l'atteinte somato-psychique chronique, un état de grande désadaptation et d'isolement social.³

CONCLUSION

Le syndrome dysmorphomaniaque est l'un des syndromes les plus fréquents chez les adolescents et les jeunes adultes. Il trouve son origine dans la croyance pathologique d'avoir un défaut physique et s'accompagne d'idées de référence et d'un état dépressif.

Ces patients sont le plus souvent très mécontents de leur poids, de leur silhouette ou de la forme de plusieurs parties de leur corps, ce qui donne lieu à l'apparition d'un autre syndrome fréquent à cet âge-là, l'anorexie nerveuse.

Chez les patients de sexe masculin, le syndrome anorexique se présente de façon plus restreinte, en comparaison avec l'AN chez les femmes.

Leurs souffrances dysmorphomaniaques touchent le fonctionnement du système endocrinien, en particulier les hormones sexuelles. Les patients ont un sentiment de manque de puissance et de masculinité, ils sont mécontents du développement insuffisant de leurs signes sexuels primaires et secondaires et présentent une symptomatologie dépressive et des idées de référence. Toutes ces manifestations entravent la relation avec les personnes du sexe opposé.

Les malades ont tendance à dissimuler leurs souffrances dysmorphophobiques, hypocondriaques et sexuelles et ont de grandes difficultés à les communiquer même lors de psychothérapies au long cours.

Le traitement de l'AN chez les hommes doit inclure le régime alimentaire, le traitement des troubles somatiques, le traitement pharmacologique et psychothérapeutique, en tenant compte des changements socioculturels de ces dernières années et de l'apparition de nouvelles professions chez les hommes. ■



Implications pratiques

- > Il est rare de trouver des recherches systématiques reliant l'anorexie mentale masculine à des troubles psychosexuels
- > Ainsi, il est particulièrement important pour tout médecin de pouvoir se rendre compte qu'une telle confrontation est susceptible d'obtenir des effets thérapeutiques valables

Bibliographie

- 1 Korkina MV. La dysmorphomanie à l'âge de l'adolescence et du jeune adulte. Moscou: Medicina, 1984; 224 (en russe).
- 2 Korkina MV, Tsivilko MA, Marilov VV. L'anorexie nerveuse. Moscou: Medicina, 1986;176 (en russe).
- 3 Brukhin AE. Les particularités nosologiques des troubles somato-endocriniens dans l'anorexie nerveuse chez les hommes: données scientifiques et cliniques. Conférence en l'honneur du Pr A. J. Belkina, non publiée, Moscou, 2002.
- 4 Bulik CM. Biological, psychodynamic and cultural factors in eating disorders: Translations to clinical practice. Paper presented at the 14th Annual Renfrew Center Foundation Conference for Professionals, Philadelphia, 2004.
- 5 Crisp AH, Burns T. Primary anorexia nervosa in the male and female: A comparison of clinical features and prognosis, in: Males with eating disorders. New York: A. D. Andersen editions, 1990;77-99.
- 6 Thompson RA, Sherman RT. Helping athletes with eating disorders. Champaign: IL, 1993.
- 7 Sundgot-Borgen J, Torsveit MK, Skårderud F. Eating disorders among athletes. Tidsskr Nor Leageforen 2004; 124:2126-9.
- 8 Yates A, Leehey K, Shisslak CM. Running: An analogue of anorexia? N Engl J Med 1983;308:251-5.
- 9 Sudi K, Ottl K, Payerl D, et al. Anorexia athletica. Nutrition 2004;20:657-61.
- 10 Mickalide AD. Sociocultural factors influencing weight among males, in: Males with eating disorders. New York: A.E. Andersen editions, 1990.
- 11 Tsivilko MA, Korkina MV, Brukhin AE. Sur les particularités de l'anorexie nerveuse chez les hommes. Best, U.R.D.N 2001;1:40-2.
- 12 American Psychiatric Association. Mini DSM-IV. Critères diagnostiques. Washington DC, 1994, traduction française par Guelfi JD, et al. Paris: Masson, 1996; 253-6.
- 13 Tsivilko MA, Korkina MV, Brukhin AE, et al. Un cas d'une anorexie nerveuse grave chez un patient. J Neurol Psych 2001;101:2:44-9.

* à lire

** à lire absolument