

# Bipolarité et troubles des conduites alimentaires

## Quelles relations ?

Laurianne Schreck\*

### INTRODUCTION

Le trouble bipolaire est fréquemment associé à d'autres pathologies psychiatriques, telles que les troubles anxieux, les addictions, mais aussi certains troubles de la personnalité (axe II du DSM 4). Aussi, ces comorbidités peuvent représenter une barrière au diagnostic, voire au traitement, et devront donc être systématiquement recherchées. Dans la pratique clinique quotidienne, il n'est pas rare d'observer, chez les patients bipolaires, une association avec des troubles des conduites alimentaires (TCA).



© designpics - 123rf.com

### LE TROUBLE BIPOLAIRE

La prévalence du trouble bipolaire en population générale est de 1 %. Cependant, cette prévalence calculée, bien que haute, est probablement sous-estimée du fait de la difficulté à poser un diagnostic, devant la pluralité des tableaux cliniques et le délai d'évolution nécessaire au préalable.

Le trouble bipolaire, anciennement appelé "psychose maniaco-dépressive", appartient à la catégorie "trouble de l'humeur" du

DSM 4 (axe I). Il s'agit d'un trouble psychiatrique, caractérisé par la survenue d'accès maniaques ou hypomaniaques, et d'épisodes dépressifs.

### LES DIFFÉRENTS TYPES DE TROUBLES BIPOLAIRES

On distingue plusieurs types de troubles bipolaires.

#### ■ Type 1

Le trouble bipolaire de type 1 est caractérisé par la survenue d'un ou plusieurs épisodes maniaques ou mixtes, en alternance avec des épisodes dépressifs qui, à l'inverse des épisodes maniaques, ne sont pas indispensables au diagnostic.

#### ■ Type 2

Le trouble bipolaire de type 2 est défini par l'existence d'un ou plusieurs épisodes hypomaniaques associés à un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs.

#### ■ Variantes

D'autres variantes de troubles bipolaires ont été décrites telles que le type 3, caractérisé par la présence d'une hypomanie pharmac induite ou bien la cyclothymie, définie par le DSM 4 comme l'existence durant au moins 2 ans de nombreuses périodes pendant lesquelles des symptômes hypomaniaques et dépressifs sont présents, sans que soient réunis les cri-

\* Interne au CH G. Marchant, Toulouse

tères d'épisode dépressif majeur, ni d'épisode maniaque ou mixte.

### LE TROUBLE SCHIZO-AFFECTIF

En marge des troubles bipolaires, le trouble schizo-affectif, classé dans les troubles psychotiques selon le DSM 4, est décrit comme un trouble caractérisé par des épisodes thymiques (maniaque, mixte ou dépressif) marqués par la présence simultanée, au cours d'un même épisode, d'éléments psychotiques caractéristiques de la schizophrénie tels que des idées délirantes, des hallucinations, ou bien encore une désorganisation.

### DANS TOUS LES CAS, UNE PERTURBATION DES AFFECTS

Quelle que soit la forme clinique qu'il revêt, le trouble bipolaire représente une perturbation des affects. Les patients présentant ce type de trouble présentent des difficultés dans la gestion de leurs émotions, ainsi que dans la régulation de leur humeur, en alternant des phases de tristesse et d'exaltation.

## TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES

Les troubles des conduites alimentaires sont représentés dans le DSM 4 par deux grandes entités nosographiques : **l'anorexie mentale** et **la boulimie**.

Cependant, d'autres formes de TCA existent, moins spécifiques et aux symptômes parfois moins francs. Elles n'en demeurent pas moins fréquentes dans les populations générale et psychiatrique. Parmi ces troubles des conduites alimentaires "non spécifiés" figure le "**binge eating disorder**" ou hyperphagie boulimique, qui devrait devenir une entité nosologique à part entière dans le DSM 5 en

2013, au même titre que l'anorexie ou la boulimie, selon l'APA (*American Psychiatric Association*).

Qu'ils se manifestent avant toute décompensation thymique, ou qu'ils en soient concomitants, voire faisant suite aux troubles de l'humeur, les troubles alimentaires jalonnent le parcours des patients bipolaires.

### RELATION BIPOLARITÉ/ TCA : UN LIEN CONNU ?

La réflexion autour d'un lien entre ces deux troubles n'est pas récente. En effet, si l'on cite Kretschmer, l'anorexie mentale est perçue comme une version modifiée d'un trouble affectif primaire. Cantwell, en 1977, suggère également que l'anorexie mentale pourrait être une variante des troubles de l'humeur. La littérature scientifique actuelle s'interroge sur l'association du trouble bipolaire et des TCA, tant d'un point de vue épidémiologique, que d'un point de vue physiopathologique, proposant alors de nouvelles élaborations conceptuelles.

Une revue de la littérature scientifique sur le sujet permet de mettre en évidence de nombreux points de similitudes entre les troubles de l'humeur et les troubles des conduites alimentaires. On retrouve des points communs concernant la phénoménologie de chaque trouble, mais aussi les données neurobiologiques et pharmacologiques des deux types de troubles.

### DES SIMILARITÉS PHÉNOMÉNOLOGIQUES

#### LA DÉRÉGULATION DE L'ALIMENTATION ET DU POIDS

Les troubles de l'alimentation et du

poids sont considérés comme des critères fondamentaux des TCA.

- **Dans l'anorexie**, on retrouve une restriction alimentaire, avec ou sans boulimie, vomissement ou purge, et le poids, par définition est maintenu inférieur au poids minimum considéré comme normal.

- **Dans la boulimie**, il existe une alimentation particulière, sous forme de crise de "*binge eating*", avec des comportements compensatoires inappropriés.

- Dans le **binge eating disorder** (BED), on retrouve des crises boulimiques, avec une tendance à l'hyperphagie, sans comportement compensatoire inapproprié et donc un poids fréquemment trop élevé.

En parallèle, on retrouve des perturbations de l'alimentation et du poids dans les caractéristiques du **trouble bipolaire** (symptômes végétatifs des épisodes de décompensation thymique).

**L'hypomanie, la manie et la mélancolie** sont souvent associées à une anorexie, une hypophagie et une perte de poids, alors que la dépression est fréquemment associée à une prise de poids et une hyperphagie.

Les patients bipolaires sont, en outre, fréquemment en surpoids, voire obèses, comparés aux populations contrôles (1, 2).

#### LA DÉRÉGULATION

##### DE L'HUMEUR :

##### LABILITÉ, CYCLICITÉ ET MIXITÉ

#### ■ Une humeur liée à la crise...

De nombreuses études retrouvent des symptômes dépressifs chez les patients boulimiques ou anorexiques (3-5).

De nombreux patients souffrant d'un BED rapportent une humeur triste, une anxiété ou d'autres

affects négatifs précédant une crise de boulimie, puis des affects agréables pendant la crise et, enfin, des affects dépressifs, de la culpabilité et de l'autodépréciation après celle-ci.

Ce constat met en évidence le lien entre affects et alimentation.

■ **Les antécédents**

De plus, on retrouve dans la littérature la présence de symptômes thymiques et d'antécédents de trouble de l'humeur chez des patients souffrants de TCA :

- **les boulimiques** ayant des antécédents d'épisodes dépressifs majeurs montrent des taux significativement plus élevés de décompensation maniaque (6) ;
- **les patients obèses atteints de BED** présentent une symptomatologie maniaque plus marquée que ceux qui ne souffrent pas de TCA (7), en dehors de tout trouble bipolaire diagnostiqué ;
- **des symptômes maniaques** ont aussi été décrits chez des anorexiques, comme l'élévation de l'humeur, l'irritabilité, l'hyperactivité, l'insomnie, etc. (8, 9).

**L'IMPULSIVITÉ ET LA COMPULSION : CARACTÉRISTIQUES COMMUNES AUX DEUX TROUBLES**

■ **Un lien avéré**

- La manie, l'hypomanie et les états mixtes sont caractérisés par **une impulsivité et une désinhibition**. Les patients bipolaires ont des scores d'impulsivité élevés, même en période de rémission (10). Les troubles bipolaires ont de fortes comorbidités avec d'autres troubles psychiatriques marqués par l'impulsivité, comme la dépendance à l'alcool, l'abus de substance, ou bien le trouble hyperactivité/déficit de l'attention (11).
- De plus, le trouble bipolaire est

souvent associé au **trouble obsessionnel compulsif**, lui-même fréquemment retrouvé dans l'anorexie et la boulimie (12). Aussi, plusieurs auteurs proposent l'hypothèse que l'anorexie et la boulimie pourraient être considérées comme un TOC, assimilant parfois le rituel de la crise de boulimie et des vomissements à des obsessions-compulsions (13, 14).

■ **Boulimie et impulsivité vs anorexie et obsessions**

Les patients souffrant de boulimie et d'hyperphagie boulimique présentent de forts scores d'impulsivité, mais aussi de fréquents

■ **Les TCA et les troubles bipolaires semblent donc partager certaines dimensions cliniques.**

comportements impulsifs comme les gestes auto-agressifs, les abus de substances, etc. A l'inverse, les anorexiques présentent des scores plus élevés en termes d'obsessions (15-17).

Par ailleurs, certains auteurs font l'hypothèse que la crise boulimique (perçue comme comportement compulsif), pourrait avoir un effet stabilisateur de l'humeur, en réponse aux émotions négatives (modulation des émotions par la prise de nourriture).

Les TCA et les troubles bipolaires semblent donc partager certaines dimensions cliniques comme les perturbations de l'humeur, de l'appétit, du poids, mais aussi les dimensions impulsives et compulsives.

**ÉVOLUTION, CHRONOLOGIE**

Dans les deux troubles, on retrouve un **début relativement précoce** :

à l'adolescence ou chez l'adulte jeune. L'évolution se fait, pour chaque trouble, de manière **épisode ou chronique**, avec une avancée par phase ou par cycle.

Le plus souvent, le trouble bipolaire apparaît en premier, dans 56 % des cas selon Mc Elroy (2011) (18). Cependant, la sévérité de certains symptômes thymiques peut se manifester au premier plan d'un tableau clinique, masquant parfois les troubles alimentaires.

L'étude des **antécédents familiaux** de patients bipolaires ou présentant des TCA montre des

antécédents familiaux croisés (19), avec notamment des antécédents de troubles bipolaires chez les patients anorexiques ou boulimiques.

En outre, il est important de signaler un **fort taux de mortalité par suicide** dans les deux troubles étudiés (20, 21).

**APPROCHES NEUROBIOLOGIQUES**

L'étude des deux troubles, selon une approche neurobiologique, permet de mettre en évidence de nombreuses similarités.

**LE SYSTÈME SÉROTONINERGIQUE**

L'implication du système sérotoninergique dans l'épisode dépressif majeur a largement été démontrée dans les travaux de recherche neurobiologiques (22).

Peu d'études émettent des hypothèses quant au rôle du système sérotoninergique dans la physio-

pathologie du trouble bipolaire. Cependant, quelques auteurs ont constaté une diminution des taux de sérotonine et de 5 HIAA dans le tissu cérébral des patients bipolaires en *post-mortem* (23).

Certaines études suggèrent un lien entre les TCA et la sérotonine, montrant une diminution de concentration de 5HIAA dans le LCR chez des sujets boulimiques (24).

#### **L'ACIDE GAMMA AMINO-BUTYRIQUE (GABA)**

Impliqué dans le trouble bipolaire, le GABA n'a pas montré de différence significative en termes de concentration dans le LCR entre patients maniaques, anorexiques et témoins (25).

#### **LE CORTISOL**

Le taux de cortisol dans le LCR semble être élevé chez les patients maniaques, anorexiques, ou déprimés, en comparaison aux témoins (26).

#### **NEUROTROPHINES**

Certaines anomalies des neurotrophines, comme la protéine BDNF (*Brain Derived Neurotrophic Factor*), qui semble être impliquée dans la régulation de l'humeur et de l'appétit, ont été retrouvées chez des patients souffrant de troubles bipolaires et de TCA (27).

#### **MODIFICATIONS GÉNÉTIQUES**

En outre, on retrouve, au cours de recherches fondamentales, certaines modifications génétiques communes aux deux troubles, comme la variation d'un gène "*neurotrophic tyrosine kinase receptor 3*" qui semble associé aux TCA et au début précoce du trouble bipolaire (28, 29).

#### **SYSTÈMES NEURONAUX**

Le chevauchement entre les sys-

### **De nouveaux concepts**

L'ensemble de ces points de similitudes entre troubles bipolaires et troubles des conduites alimentaires amène certains auteurs à élaborer de nouveaux concepts.

Mc Elroy, en 2005, s'interroge sur les implications théoriques du lien mis en évidence entre ces deux troubles. Elle envisage plusieurs modèles théoriques, de la simple co-occurrence "par hasard" à la base physiopathologique identique.

La plupart des auteurs évoquent des mécanismes physiopathologiques communs, impliquant une dérégulation partagée de l'humeur, de l'alimentation et de l'impulsivité, tout en préservant deux entités cliniques distinctes.

tèmes neuronaux qui sous-tendent la régulation de l'humeur et les comportements alimentaires est bien documenté (30).

#### **IMAGERIE FONCTIONNELLE**

Les données récentes d'imagerie fonctionnelle ont mis en évidence une augmentation anormale de l'activité du striatum au cours du processus de récompense chez les patients présentant un TCA, comme dans les modèles d'augmentation d'activité du striatum ventral et de l'amygdale, observés chez les bipolaires adultes (31).

### **RÉPONSE / EFFICACITÉ DE LA PHARMACOTHÉRAPIE**

#### **LE LITHIUM**

Le lithium est utilisé dans le trouble bipolaire pour son action antimaniaque, mais aussi comme régulateur de l'humeur et en prévention des rechutes thymiques.

Le seul essai contrôlé du lithium *versus* placebo chez des anorexiques a montré une prise de poids chez ces dernières (32).

Chez les patientes boulimiques, le lithium a montré une efficacité dans la diminution de la fréquence des crises (33).

#### **LES AUTRES**

##### **THYMO-RÉGULATEURS**

- Le valproate semble aggraver les crises de boulimie chez les bipolaires (34), tout comme les antipsychotiques atypiques.

- Le topiramate (anticonvulsivant) est supérieur au placebo dans la boulimie et l'hyperphagie boulimique, montrant, de plus, un effet sur les cognitions (35, 36).

- Les antidépresseurs sont rarement utilisés dans les épisodes dépressifs s'intégrant dans un trouble bipolaire devant le risque de virage maniaque (37, 38). Ils semblent efficaces dans la boulimie et l'hyperphagie boulimique selon certains essais contrôlés (39-41).

Cependant, des accès maniaques ont été décrits chez certains patients présentant des TCA, traités par antidépresseurs, et en l'absence d'antécédent d'épisode thymique (42, 43).

### **DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES**

De nombreuses études cliniques ont tenté de montrer un lien entre les troubles bipolaires et les TCA.

#### **COMORBIDITÉS ASSOCIÉES AUX TROUBLES BIPOLAIRES**

Les premières études, datant des

années 1990, recherchent les comorbidités fréquemment associées aux troubles bipolaires. Elles retrouvent une forte prévalence des TCA chez ces patients, largement supérieure à la prévalence des TCA en population générale, de l'ordre de 3 à 5%. Selon les études, la prévalence de tout type de TCA chez les patients bipolaires de type I va de 9 à 27% (44, 45). La prévalence des TCA dans des populations de patients bipolaires de types I et II se situe entre 6 et 18% (46, 47).

Fornaro et al. retrouvent même, en 2010 (48), une prévalence de

Les études portant sur des échantillons de patients bipolaires exclusivement féminins retrouvent des prévalences hautes, entre 15 et 31% de TCA de tout type (49, 50).

#### **BOULIMIE, ANOREXIE : MÊME RÉSULTAT ?**

De nombreuses études évaluent la prévalence des TCA chez les bipolaires dans leur globalité, sans différencier les sous-types de TCA pourtant cliniquement distincts. De récentes études tentent de mettre en évidence cependant la spécificité des TCA chez les bipolaires. Le trouble BED semble être le plus fréquent chez ces patients,

Mc Elroy et al., retrouvent, en 2011, dans une population de 875 patients, que le trouble bipolaire débute avant le TCA dans 56% des cas, contre 34% où le TCA inaugure la maladie, et 10% où les deux troubles débutent la même année.

#### **SÉVÉRITÉ DU TROUBLE BED**

Aussi, Schoofs et al., en 2011, ont tenté d'évaluer la sévérité du trouble BED chez des bipolaires en fonction de leur humeur. Les résultats montrent que ce trouble s'aggrave :

- lors des phases dépressives pour 86% ;
- lors des phases maniaques ou hypomaniaques pour 29% ;
- lors des périodes d'euthymie pour 7% des patients bipolaires.

## **La prévalence des TCA dans des populations de patients bipolaires de types I et II va de 6 à 18%.**

l'ordre de 31% de TCA dans une population de 148 femmes bipolaires, incluant les types I, II et les cyclothymiques.

En effet, la comorbidité TCA semble plus marquée encore si on élargit le spectre bipolaire en incluant les patients ayant un diagnostic de cyclothymie et de troubles schizo-affectifs.

#### **IMPACT DU GENRE**

En outre, cette augmentation de la prévalence des TCA chez les bipolaires apparaît comme plus forte chez les femmes. Selon Wildes et al., en 2008, on retrouve 25% de TCA chez les femmes bipolaires, contre seulement 14% chez les hommes. Cette différence reste marquée si l'on observe spécifiquement l'anorexie mentale (11% chez les femmes contre 0% chez les hommes), la boulimie (10% chez les femmes contre 7% chez les hommes) et le BED (13% chez les femmes contre 7% chez les hommes).

avec des prévalences allant de 9 à 29% (51, 52). D'autre part, certaines études mettent en évidence des fréquences très élevées de crise de "binge eating", n'entrant pas toujours dans les critères du *Binge Eating Disorder* (notamment du fait des critères de fréquence et de durée des crises). Kruger et al. (53) en 1996, rapportent 13% de BED, et près de 38% de "crises de boulimie récurrentes" chez des patients bipolaires I et II. Wildes et al., évaluent en 2008 (54), à 44% la prévalence d'antécédents d'épisodes de crise de boulimie subjective (incluant une perte de contrôle, sans consommation de nourriture excessive objective) dans une population présentant un trouble du spectre bipolaire (types I, II et troubles schizo-affectifs).

#### **EXISTE-T-IL UN LIEN CHRONOLOGIQUE ?**

Certaines études cherchent à mettre en évidence un lien chronologique entre les deux troubles.

D'autre part, certaines équipes ont récemment mis en évidence une corrélation entre la gravité du trouble bipolaire et la présence ou non d'une comorbidité TCA.

Brietzke et al., en 2011 (49), évaluent les critères de sévérité du trouble bipolaire chez 137 patients, selon qu'ils ont ou non un TCA associé. Les critères de sévérité étant un âge de début de la maladie bipolaire précoce, un nombre élevé d'épisodes thymiques, une comorbidité d'abus de substances ou troubles anxieux, et enfin, une fréquence élevée de tentatives de suicide. Il en résulte que la comorbidité TCA est nettement corrélée à la sévérité du trouble bipolaire.

De plus, Wildes et al., en 2007 (55), examinent la relation entre la comorbidité TCA et les différents indices de gravité de la maladie bipolaire chez deux groupes de patients bipolaires : 26 ayant un antécédent de TCA et 46 sans antécédent de TCA.

Il en résulte une augmentation du score de sévérité de la bipolarité sur la CGI SBP (*Clinical Global Impression Scale Bipolar Disorder*), un plus grand nombre d'épisodes dépressifs majeurs, et une plus forte prévalence des comorbidités, notamment anxieuses, chez les patients du groupe TCA.

## PERSPECTIVES

Au vu des données récentes de la littérature, il apparaît que les troubles des conduites alimentaires présentent des spécificités chez les patients bipolaires.

### QUEL LIEN ENTRE LES DEUX PATHOLOGIES ?

Plusieurs avis divergent cependant dans la façon de concevoir leur lien avec la bipolarité.

De nombreuses interprétations des données scientifiques peuvent être faites, allant de la simple co-occurrence des deux troubles, liée "au hasard", à une physiopathologie identique, voire à la conception d'un même trouble, impliquant de fait une nouvelle lecture des concepts nosographiques.

Dans ce contexte, de nouvelles études pourraient être intéressantes afin de mieux documenter les liens cliniques et physiopathologiques entre ces deux types de troubles.

### RECHERCHER SYSTÉMATIQUEMENT LES COMORBIDITÉS ALIMENTAIRES

Ces données mettent l'accent sur la nécessité, pour les praticiens, de rechercher systématiquement des comorbidités alimentaires chez les patients bipolaires et, à l'inverse, de rechercher des troubles de l'humeur chez les patients présentant des TCA.

Le dépistage d'un type de trouble chez les patients présentant l'autre semble essentiel grâce à

la meilleure compréhension du tableau clinique qu'il peut engendrer, mais aussi dans une optique thérapeutique.

En effet, dans le cas de patients présentant les deux types de troubles, il serait recommandé de proposer une prise en charge adaptée, spécifique et prenant en considération les possibles résistances aux traitements classiques de la bipolarité induites par les comorbidités alimentaires.

Sur le plan médicamenteux, il est nécessaire de mettre en place un

traitement si possible efficace sur les deux troubles, mais au minimum d'éviter un traitement pouvant avoir des effets nocifs sur l'un des deux.

quant de constater un surpoids, voire une obésité, chez les patients bipolaires, avec une fréquence largement supérieure à la population générale. La prévalence du surpoids/obésité étant retrouvée à 40 % chez les patients bipolaires, contre 13 % en population générale (56, 57).

Ce surpoids, chez les patients bipolaires, peut être attribué à plusieurs étiologies, et notamment la prise de psychotropes.

Cependant, certaines études tendent à montrer que la prise de

**Ces données mettent l'accent sur la nécessité, pour les praticiens, de rechercher systématiquement des comorbidités alimentaires chez les patients bipolaires, et inversement.**

traitement si possible efficace sur les deux troubles, mais au minimum d'éviter un traitement pouvant avoir des effets nocifs sur l'un des deux.

### MÉTHODES DE PRÉVENTION

Par ailleurs, il semble important que les praticiens gardent à l'esprit les liens entre les deux troubles afin de mettre en place avec leurs patients des méthodes de prévention, voire de psycho-éducation permettant de réduire le risque de développer des pathologies associées à leur problématique principale.

### ET LE SURPOIDS ET L'OBÉSITÉ ?

La grande fréquence des TCA chez les patients bipolaires peut faire évoquer la problématique du surpoids et de l'obésité dans cette population de patients. Certains troubles des conduites alimentaires peuvent entraîner une prise de poids. Aussi, il est fré-

quent de constater un surpoids, voire une obésité, chez les patients bipolaires, avec une fréquence largement supérieure à la population générale. La prévalence du surpoids/obésité étant retrouvée à 40 % chez les patients bipolaires, contre 13 % en population générale (56, 57).

### IL FAUT DÉPISTER

Dans ce contexte, le dépistage de troubles alimentaires chez les patients bipolaires semble être un enjeu de santé publique au regard des complications somatiques de l'obésité comme le diabète ou les maladies cardiovasculaires, majorant les facteurs de risque cardiovasculaire, pourtant déjà élevés chez ces patients.

### DES OUTILS SOUS-UTILISÉS DANS LA RECHERCHE

Les liens mis en évidence entre les troubles des conduites alimentaires et les troubles bipolaires

peuvent donc avoir des implications théoriques, cliniques et thérapeutiques.

Le dépistage des TCA chez les bipolaires, et vice-versa, devrait être précoce et réalisé à l'aide d'outils simples et adaptés, en termes de validité, d'acceptabilité, de faisabilité, de fiabilité et de reproductibilité.

A ce jour, des outils de dépistage des troubles des conduites alimentaires existent, sous forme de questionnaires ou d'entretiens semi-dirigés.

Pourtant, ils n'ont été que très récemment utilisés dans les protocoles de recherche visant à évaluer la prévalence des TCA chez les bipolaires, dans l'ensemble des publications étudiées. La plupart des études utilisent un entretien semi-structuré fondé sur le DSM 4.

Plusieurs remarques peuvent être formulées concernant les outils d'évaluation des TCA disponibles.

### ■ Des échelles peu adaptées à la pratique

Premièrement, le fait que certains outils très spécifiques comme l'EDE ou l'EDEQ (*eating disorder examination/eating disorder examination questionnaire*) ne sont guère adaptés à la pratique clinique quotidienne, de par leur temps de passation, ou de par leur spécificité d'un sous-type de TCA comme le BES (*Binge Eating Scale*), exigeant alors d'utiliser un test pour chaque type de trouble.

### ■ Les critères du DSM4

La grande majorité des études citées dans les données de prévalence utilise seulement les critères du DSM4, pour dépister un TCA chez les patients. Cependant, ces critères peuvent apparaître comme limités et souvent peu spécifiques, d'autant plus dans une population de patients présentant déjà un trouble grave de l'axe I.

### ■ Certaines dimensions occultées

Enfin, ces outils de dépistage des TCA ne prennent que peu ou pas en considération certaines des dimensions qu'ont en commun les troubles bipolaires et les TCA, précédemment citées. En effet, les échelles d'évaluation des TCA ne considèrent que rarement chacune de ces dimensions, comme la désinhibition, l'impulsivité ou les fluctuations nyctémérales, pourtant au cœur de la problématique commune aux deux troubles.

A notre connaissance, une seule équipe (59) a tenté de mettre en place un outil permettant d'évaluer la présence et la sévérité de troubles des conduites alimentaires spécifiquement chez les patients bipolaires, en élaborant un auto-questionnaire en 10 items, à ce jour, non validés en français. ■

**Mots-clés :** Bipolarité, Schizophrénie, Troubles des conduites alimentaires

## ► BIBLIOGRAPHIE

- McElroy SL, Frye MA, Suppes T et al. Correlates of overweight and obesity in 644 patients with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2002 ; 63 : 207-13.
- McElroy SL, Kotwal R, Malhotra S et al. Are mood disorders and obesity related? A review for the mental health professional. *J Clin Psychiatry* 2004 ; 65 : 634-51, quiz 730. Review.
- Rothenberg A. Differential diagnosis of anorexia nervosa and depressive illness: a review of 11 studies. *Compr Psychiatry* 1988 ; 29 : 427-32.
- Pope HG Jr, Hudson JI, Yurgelun-Todd D. Depressive symptoms in bulimic, depressed, and non-psychiatric control subjects. *J Affect Disord* 1989 ; 16 : 93-9.
- Mitchell JE, Mussell MP. Comorbidity and binge eating disorder. *Addict Behav* 1995 ; 20 : 725-32.
- Cooper PJ, Fairburn CG. The depressive symptoms of bulimia nervosa. *Br J Psychiatry* 1986 ; 148 : 268-74.
- Amianto F, Lavagnino L, Leombruni P et al. Hypomania across the binge eating Spectrum. A study on hypomanic symptoms in full criteria and sub-threshold binge eating subjects. *J Affect Disord* 2011 ; 133 : 580-3.
- Kron L, Katz JL, Gorzynski G, Weiner H. Hyperactivity in anorexia nervosa: a fundamental clinical feature. *Compr Psychiatry* 1978 ; 19 : 433-40.
- Casper RC. Behavioral activation and lack of concern, core symptoms of anorexia nervosa? *Int J Eat Disord* 1998 ; 24 : 381-93.
- Swann AC, Janicak PL, Calabrese JR et al. Structure of mania: depressive, irritable, and psychotic clusters with different retrospectively-assessed course patterns of illness in randomized clinical trial participants. *J Affect Disord* 2001 ; 67 : 123-32.
- Swann AC, Pazzaglia P, Nicholls A et al. Impulsivity and phase of illness in bipolar disorder. *J Affect Disord* 2003 ; 73 : 105-11.
- Chen YW, Dilsaver SC. Comorbidity for obsessive-compulsive disorder in bipolar and unipolar disorders. *Psychiatry Res* 1995 ; 59 : 57-64.
- McElroy SL, Phillips KA, Keck PE Jr. Obsessive compulsive Spectrum di-

- sorder. *J Clin Psychiatry* 1994 ; 55 : 33-51.
- Bellodi L, Cavallini MC, Bertelli S et al. Morbidity risk for obsessive-compulsive Spectrum disorders in first-degree relatives of patients with eating disorders. *Am J Psychiatry* 2001 ; 158 : 563-9.
- Bulik CM, Klump KL, Thornton L et al. Alcohol use disorder comorbidity in eating disorders: a multicenter study. *J Clin Psychiatry* 2004 ; 65 : 1000-6.
- Dawe S, Loxton NJ. The role of impulsivity in the development of substance use and eating disorders. *Neurosci Behav Rev* 2004 ; 28 : 343-51.
- Steiger H. Eating disorders and the serotonin connection: state, trait and development effects. *J Psychiatry Neurosci* 2004 ; 29 : 20-9.
- McElroy SL, Frye MA, Helleman G et al. Prevalence and correlates of eating disorders in 875 patients with bipolar disorder. *J Affect Disord* 2011 ; 128 : 191-8.
- Turecki G, Grof P, Grof E et al. Mapping susceptibility genes for bipolar disorder: a pharmacogenetic approach based on excellent response to lithium. *Mol Psychiatry* 2001 ; 6 : 570-8.
- Nielsen S. Epidemiology and mortality of eating disorders. *Psychiatr Clin North Am* 2001 ; 24 : 201-14, vii-viii. Review.
- Osby U, Brandt L, Correl N et al. Excess mortality in bipolar and unipolar disorder in Sweden. *Arch Gen Psychiatry* 2001 ; 58 : 844-50.
- Loo H. Bilan des recherches biologiques dans la dépression chez l'homme. *Psychol. Med* 1987 ; 19 : 2031-55.
- Olie JP, Poirier MF. Les maladies dépressives. Paris, Flammarion.
- Kaye WH, Greeno CG, Moss H et al. Alterations in serotonin activity and psychiatric symptoms after recovery from bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 1998 ; 55 : 927-35.
- Gerner RH, Hare TA. CSF GABA in normal subjects and patients with depression, schizophrenia, mania, and anorexia nervosa. *Am J Psychiatry* 1981 ; 138 : 1098-101.

► Retrouvez la fin de la bibliographie sur : [diabeteetobesite.org](http://diabeteetobesite.org)