

I Questions flash - Préadolescence et adolescence

Anorexie de la fille prépubère : phénomène de mode ou véritable pathologie ?

→ **M.-F. LE HEUZEY**

Service de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent,
Hôpital Robert Debré, PARIS.

L'anorexie mentale n'est pas une maladie récente. Les descriptions chez l'adolescente sont anciennes, et la terminologie d'anorexie mentale apparaît en France grâce à Lasègue (1873) et en Angleterre grâce à Gull (1874). Mais c'est peu de temps après, (en 1894) que le 1^{er} cas d'anorexie chez une fille prépubère âgée de 7 ans est rapportée par Collins.

Mais l'actualité est marquée par deux phénomènes :

- l'énigmatique persistance de l'anorexie mentale, comme le souligne T. Walsh : cette maladie anorexie mentale persiste depuis des siècles et ne nous a pas livré ses mystères ;
- l'augmentation des cas chez les enfants et les préadolescents.

Du fait de l'augmentation des cas avant la puberté, **les critères** diagnostiques dans la classification internationale DSM V ont évolué avec des critères plus comportementaux et disparition du symptôme aménorrhée :

- restriction des apports énergétiques par rapport aux besoins ;
- peur de prendre du poids ou de devenir gros ;
- altération de la perception du poids ou de la forme de son corps ou déni de la maigreur.

Il existe deux sous types : type restrictif pur et type accès hyperphagique/purgatif.

La symptomatologie chez l'enfant prépubère est généralement une forme restrictive pure avec restriction alimentaire

quantitative et qualitative (tri alimentaire), sans vomissement et sans prise de laxatif. Il s'y associe une restriction hydrique drastique. Dans certains cas, le tableau est celui d'une aphagie totale. Les autres symptômes sont un hyperinvestissement scolaire et sportif, et une hyperactivité physique. La perte de poids est souvent très rapide.

L'enfant prépubère exprime rarement ses cognitions anorexiques, prétendant ne pas avoir faim ou avoir peur de vomir. Un bon signe d'appel est le fait de refuser son goûter (ou de le donner aux copains).

C'est une pathologie grave à court terme d'une part, la dénutrition et la déshydratation avec tous les risques associés, mais aussi à moyen terme avec le ralentissement voire l'arrêt de la croissance et la mise en jeu du pronostic statural. **Les facteurs de risque** sont multiples : facteurs génétiques, tempéramentaux (perfectionnisme), médicaux (pathologies digestives précoces), troubles précoces du comportement alimentaire (petit mangeur ou sélectivité) etc.

Ils sont aussi environnementaux avec une internalisation dès le plus jeune âge de l'idéal de minceur, par l'intermédiaire des messages sociaux, parentaux (orthorexie) et médicaux.

Le traitement est d'abord médical. Si possible en ambulatoire, avec une réalimentation progressive (diététicien), une hydratation sous la surveillance des parents et l'arrêt du sport.

L'hospitalisation est indiquée en cas d'échec, ou en cas d'aphagie totale nécessitant une nutrition entérale ou en cas de symptomatologie psychiatrique associée (dépression).

Le traitement psychothérapeutique repose sur la mise en place d'une thérapie familiale.

Au total, l'anorexie de la fille prépubère est une vraie pathologie, grave, mais la

mode y joue un rôle. Enfin, chez les prépubères, l'anorexie n'est pas seulement féminine puisque 30 à 40 % des cas sont des garçons.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Risques sanitaires chez l'adolescent : quels leviers pour leur prévention ?

→ **M.-F. LE HEUZEY**

Service de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent,
Hôpital Robert Debré, PARIS.

Les risques sanitaires à l'adolescence recouvrent une multitude de conditions de morbidité ou de mortalité engendrées par les accidents de la route, de sports ou de loisirs, les violences (auto ou hétéro agressives), les gestes suicidaires (tentative de suicides et suicides), les conduites sexuelles à risque (maladies sexuellement transmissibles, grossesse non désirée, "michetonnage"), les consommations de tabac, d'alcool et de substances psychoactives, l'utilisation pathologique des écrans (consommation excessive, *sexting*, cyber agression et cyber harcèlement), les jeux dangereux et les défis, les troubles du comportement alimentaire (hyperphagie, boulimie, anorexie), l'échec et le décrochage scolaire. La liste n'est pas exhaustive et ces comportements à risque s'associent souvent entre eux.

L'expérience a montré **l'inefficacité des campagnes "traditionnelles"** chez l'adolescent comme celle du PNNS "Manger Bouger" ou celles contre le tabagisme. Certains messages peuvent même se

révéler incitatifs : c'est l'attractivité des fruits défendus.

Les facteurs de vulnérabilité aux comportements à risque

L'adolescence est une période de découverte, de curiosité, où l'on cherche à se construire en se singularisant par rapport aux parents (séparation/individuation). Les facteurs de vulnérabilité peuvent être d'ordre **personnel** : tempérament caractérisé par la recherche de nouveauté, la sensibilité à l'ennui et la recherche de sensation. Par un sport extrême, par un jeu dangereux ou une bouteille d'alcool, c'est la recherche d'un éprouvé intense, d'un vertige, d'une excitation par la peur qui conduit à la première expérimentation. Puis, pour renouveler ce plaisir, le comportement est renouvelé jusqu'à l'addiction.

Une mauvaise estime de soi est le point de rencontre de nombreuses mises en danger : "je suis nul, je suis grosse, je suis moche etc.... et comme je ne peux pas réussir (scolairement, sentimentalement...), je vais exceller dans la destruction (auto sabotage), en me prostituant, en buvant, en m'affamant.

Certaines conduites de risque peuvent s'apparenter à des conduites ordaliques dans une recherche d'identité. L'ordalie est un rite qui se prononce sur la légitimité de l'existence de celui qui la tente. "Ma vie a de la valeur si je survis à tel défi, à telle prise de drogue...". Le *flirt* avec la mort est connu et recherché.

La vulnérabilité se situe aussi dans les rapports à l'**environnement** : pour ne pas être seul, pour ne pas "se dégonfler" vis-à-vis des pairs, l'adolescent calque son comportement sur celui du groupe, en buvant, en fumant ou même en devenant agresseur.

L'échec et l'absentéisme scolaire sont des facteurs de vulnérabilité et de maintien (consommations excessives d'écrans,

fréquentation de groupes à tendance antisociale avec la facilitation des prises de toxiques, la perte des rythmes de sommeil et d'alimentation).

Les leviers pour la prévention ?

Il faudra veiller à :

- repérer les tempéraments à risque, les sujets à haut potentiel avides d'expériences, prendre en charge les sujets atteints de trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH) particulièrement exposés à tous les comportements à risque ;
- diagnostiquer et traiter les états dépressifs mais aussi les troubles anxieux, exposés aux conduites suicidaires mais également aux autres comportements dans un but d'automédication ;
- diagnostiquer les troubles des apprentissages et mettre tout en œuvre pour empêcher l'absentéisme scolaire.

Dans tous les cas, il faut restaurer l'estime de soi qui est la colonne vertébrale de la santé psychique et physique. Et pour les parents, ne pas dévaloriser l'adolescent, maintenir un cadre et une écoute, rester des modèles et lui apprendre à gérer l'adversité (résilience).

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Acné : quand passer la main ?

→ N. BODAK

Centre médical CMSEA,
Service de Dermatologie, CHU Necker, PARIS.

L'acné est une maladie inflammatoire du follicule pilo-sébacé induite par les sécrétions hormonales androgéniques de la puberté. La stimulation des glandes sébacées par les androgènes surrénaliens puis gonadiques entraîne une hyperséborrhée accompagnée d'une multiplication de la flore microbienne anaérobie du follicule pilo-sébacé, dominée par *propionibacterium acnes* (*p acnes*).

La flore microbienne ainsi qu'une modification biochimique du sébum sont responsables de l'inflammation de l'infundibulum du follicule pilosébacé. Cette inflammation entraîne une hyperkératinisation de l'infundibulum et la formation des lésions rétentionnelles de l'acné (comédons et microkystes). La multiplication de *P. acnes* au sein de ces lésions rétentionnelles les transforme en lésions inflammatoires (papules, pustules et nodules). Le traitement vise donc à être à la fois antimicrobien, kératolytique et anti-inflammatoire.

Il existe 2 grandes classes de traitements locaux : les rétinoïdes (adapalène et trétinoïne) dont l'action est kératolytique, et le peroxyde de benzoyle (PB) qui est un puissant anti microbien. Ils ont tous les deux un effet irritant et le PB décolore le linge. Les antibiotiques locaux ne doivent pas être prescrits en monothérapie ; ils peuvent être utilisés en association avec les rétinoïdes ou le PB, sur de courtes périodes afin de limiter le risque de résistance.

En cas d'acné plus sévère ou résistante au traitement local seul, on adjoint un traitement oral par cycline, soit doxycycline à 100 mg/j, soit lymécycline à 300 mg/j. Les cyclines agissent par leur activité anti inflammatoire et anti séborrhéique à des doses inférieures de moitié de celle