



Revue critique

Troubles des conduites alimentaires et allergies alimentaires

Psychological aspects of eating disorders in food allergy

D.-A. Moneret-Vautrin^{*}, M. Morisset, O. Sans

*Service de médecine interne, immunologie clinique et allergologie, hôpital universitaire,
29, avenue de Lattre-de-Tassigny, 54035 Nancy, France*

Reçu le 30 mai 2008 ; accepté le 2 juin 2008

Résumé

De nombreux troubles des conduites alimentaires sont observés en allergologie alimentaire. Les évictions multiples liées à la méconnaissance de réactions croisées non cliniquement motivées sont courantes. Chez l'enfant, l'anxiété parentale multiplie les évictions irrationnelles. Le diagnostic de syndrome de Münchausen par procuration, bien qu'exceptionnel, doit être envisagé. Le comportement anormal de l'enfant peut être lié au dégoût par réflexe pavlovien, à l'anxiété, ou à un syndrome dépressif, ou à une relation mère-enfant perturbée, ou à l'aversion d'aliments nouveaux. Chez l'adulte, des évictions multiples sont liées à la mauvaise interprétation de tests biologiques positifs traduisant des réactions croisées cliniquement non pertinentes. Le syndrome du côlon irritable entraîne des évictions multiples bien que la responsabilité d'une allergie alimentaire soit insuffisamment argumentée. La fibromyalgie est source d'évictions non fondées. Des névroses vraies (névrose obsessionnelle et névrose d'angoisse) peuvent survenir. Des régimes d'évictions aberrants proviennent des médecines alternatives et des sectes. Dans tous les cas, un bilan nutritionnel doit être pratiqué. La collaboration d'un psychologue ou d'un psychiatre et d'une diététicienne est nécessaire. Il est de la responsabilité de l'allergologue de ne pas limiter son expertise à l'élimination d'une allergie alimentaire aux aliments consommés et d'engager le patient à admettre que des troubles sont secondaires au fait que trop d'aliments ne sont « pas » consommés. Un bilan précis, des explications détaillées et un suivi attentif des modifications proposées permettent la rationalisation de l'équilibre alimentaire. Les névroses caractérisées échappent à toute amélioration. Le déni de ces affections par les patients entraîne leur méconnaissance par les psychiatres.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Abstract

Many eating disorders are observed in food allergy practice. It is common to see patients avoiding many foods because they have been poorly informed of cross-reactions that are not clinically relevant. For children, parental anxiety may multiply irrational avoidance. The diagnosis of Münchausen syndrome by proxy should be envisaged, although it is rare. Abnormal eating behavior in children can be related to a Pavlovian reaction of disgust, to anxiety or depression, a perturbed relationship with the mother or simply due to an aversion to new foods. In adults, food avoidance is linked to poor interpretation of positive laboratory tests indicating cross-reactions that are clinically irrelevant. Irritable bowel syndrome results in food avoidance even where food allergy is poorly documented. Fibromyalgia also leads to unnecessary avoidance diets. True neurosis (obsession and anxiety neurosis) may occur. Patients taking alternative medicines or belonging to certain sects often follow aberrant avoidance diets. All patients should undergo a nutritional evaluation. Psychologists, psychiatrists and dieticians should also be involved in treatment. Allergists should not limit themselves to simply eliminating food allergy to a given food allergy, but should make patients aware that problems arise from “not” eating different foods. Accurate tests, detailed information and careful monitoring of proposed changes in diet should result in more rational eating habits. Established neurosis will not improve, since patients are in denial about these disorders, psychiatrists know little about them.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Troubles des conduites alimentaires ; Allergie alimentaire ; Évictions alimentaires ; Syndrome de Münchausen par procuration

Keywords : Eating disorders; Food allergy; Food avoidance; Münchausen syndrome by proxy

^{*} Auteur correspondant.

Adresse e-mail : a.moneret-vautrin@chu-nancy.fr (D.A. Moneret-Vautrin).

1. Introduction

Les troubles des conduites et comportements alimentaires sont des affections psychopathologiques dominées par l'anorexie mentale et la boulimie. On les intègre, de plus en plus, dans le cadre général des conduites addictives. Néanmoins, un grand nombre d'autres troubles de conduites alimentaires sont observables en allergologie alimentaire. Certes, l'allergologue doit, en particulier, exercer sa vigilance chez le sujet jeune qui alléguerait des allergies alimentaires pour masquer une conduite d'anorexie mentale. Le fait est rare. Toutes les aberrations des conduites alimentaires ne se réduisent pas à ces deux affections et d'autres névroses alimentaires existent, qui sont rarement observées par les psychiatres. Ce sujet n'intéresse que depuis peu le milieu allergologique [1]. Il s'agit donc d'une réflexion préliminaire qui se propose un double but : d'une part, décrire les différentes situations de consommations alimentaires anormalement restrictives et, d'autre part, éclairer l'allergologue sur les procédures diagnostiques et la prise en charge de ces cas. On envisagera successivement le cas de l'adulte et celui de l'enfant.

2. Troubles des conduites alimentaires chez l'enfant

Chez l'enfant, les évictions réactionnelles peuvent être liées soit à la conduite parentale, soit au comportement de l'enfant. Il est essentiel de s'en préoccuper en raison du risque des carences nutritionnelles pour la croissance.

Le diagnostic d'une polyallergie alimentaire peut engendrer une forte anxiété parentale. À l'application des régimes d'évictions, sur une base rationnelle, s'additionnent alors, à l'initiative des parents, des évictions successives et de plus en plus nombreuses. Toute réaction « allergique » (poussée d'eczéma, par exemple) mène à la suspicion immédiate de l'effet délétère d'un ou plusieurs aliments ingérés peu avant. Une alternative est la limitation des apports alimentaires à une diversité minimale, afin d'éviter les difficultés de lecture des étiquetages [2]. Même après que l'on ait affirmé la guérison, avec possibilité de réintroduire un aliment, un nombre relativement important de parents n'y souscrit pas [3]. Il est, en effet, difficile pour l'enfant et ses parents de comprendre qu'un aliment « interdit » devient autorisé. Il est important de pouvoir faire comprendre que sa maladie évolue dans certains cas, dans le sens d'une possible « guérison ».

C'est dire que le risque de nombreuses évictions irrationnelles justifie un suivi attentif de ces enfants polyallergiques, suffisamment rapproché pour corriger de telles dérives. Le soutien psychologique à des parents désarmés est essentiel. L'allergologue n'y suffit pas toujours. Du fait de la forte angoisse de mort que peuvent ressentir certains parents devant le diagnostic d'allergie et les évictions alimentaires qu'elle entraîne, il est utile que ces derniers puissent s'exprimer sur celle-ci. L'angoisse peut être liée à la culpabilité ressentie par l'entourage proche, notamment, la mère dont la fonction reconnue est d'être celle qui nourrit (en particulier, si le diagnostic est tardif). L'assistance d'un pédopsychologue est

alors précieuse. Présentée avec sympathie, la proposition de consultation a toute chance d'aboutir.

Il est plus difficile de dépasser la suspicion d'un syndrome de Münchhausen où la mère affame l'enfant au motif que tout aliment provoque une allergie [4,5]. Il est alors indispensable de référer ce type de problème à un service de pédiatrie qui pourra obtenir un concours psychiatrique...

A contrario, lorsque l'état clinique de l'enfant n'est pas objectivement satisfaisant, l'allergologue ne doit pas porter trop prématurément le diagnostic de Münchhausen par procuration. Latcham et al. ont en effet montré dans une étude rétrospective de 121 enfants adressés pour polyallergie alimentaire, que ce diagnostic avait été établi à tort chez cinq nourrissons dont les premiers tests cutanés étaient négatifs et pour lesquels les symptômes étaient mal contrôlés en raison d'un régime d'éviction cette fois, insuffisant [6].

Les évictions abusives sont aussi le fait de l'enfant. Cinq possibilités sont assez immédiatement perceptibles : la première est le dégoût alimentaire pour l'aliment allergisant, qui persiste longtemps après la guérison. Il est probablement lié à un réflexe proche du réflexe pavlovien, les ingestions antérieures ayant provoqué douleurs abdominales et inconfort [1]. Des études récentes pratiquées chez la souris sensibilisée par voie nasale à l'ovalbumine, permettent de mieux comprendre les mécanismes sous-jacents. On observe chez ces souris une augmentation de l'expression de *Fos* et du *corticotropin-releasing factor* (CRF) dans le noyau paraventriculaire de l'hypothalamus et le noyau central de l'amygdale. Ces souris allergiques présentent des signes d'anxiété et ont un taux de corticostérone sérique plus élevé. Elles développent aussi une aversion aux solutions contenant de l'ovalbumine et évitent de se rendre dans les compartiments sombres où ont été réalisés auparavant les nébulisations d'ovalbumine [7].

La deuxième raison des évictions abusives repose sur l'anxiété propre de l'enfant. Lorsqu'elle est verbalisée, des discours rassurants et convaincants des parents, de l'entourage, et de l'allergologue laissent espérer la résolution du problème.

La troisième, chez un enfant plus grand qui ne paraît pas manifester une forte anxiété, est l'évolution vers un syndrome dépressif. Elle doit être dépistée par l'avis d'un pédopsychiatre.

La quatrième est que les refus alimentaires de l'enfant fondent une relation particulière avec sa mère plus particulièrement, sur laquelle nous ne pouvons épiloguer et qui nécessite également l'avis d'un psychologue pour la bonne évolution de ce maître chanteur en herbe...

La dernière est liée à l'aversion du nouveau : on sait que la diversification alimentaire est plus difficile chez l'enfant de quelques années que chez le nourrisson. Elle l'est déjà plus chez les jeunes enfants allaités longuement (le cas n'est pas très fréquent dans notre pays...). Des conseils simples permettent parfois de dépasser le cap : faire choisir les aliments par l'enfant lors des courses. L'appui d'une consultation diététique est indispensable, à la suite d'un bilan nutritionnel précis, afin de dépister des carences en protéines, calcium et vitamines le plus souvent [8].

3. Troubles des conduites alimentaires chez l'adulte

Chez l'adulte, le cas le plus courant est celui d'évictions multiples chez un patient angoissé par les résultats d'un multiplex de détection d'IgE spécifiques offrant de nombreuses positivités vis-à-vis d'allergènes alimentaires.

Les causes en sont nombreuses. La mieux caractérisée est la sensibilisation de ces sujets aux profilines et/ou aux déterminants carbohydrates. Il s'agit de patients polysensibilisés polliniques. Les positivités concernent de nombreux aliments d'origine végétale. Elles traduisent une large réactivité croisée *in vitro* qui n'est pas cliniquement pertinente [9,10]. Il existe aussi d'authentiques polysensibilisations à divers allergènes alimentaires : il reste à établir si ces sensibilisations correspondent à une expression clinique : des tests d'introduction réaliste, dont le nombre est restreint par une anamnèse rigoureuse, sont nécessaires. Dans tous les cas, cette multipositivité ne doit pas conduire à des évictions multiples. Certains patients angoissés les appliquent cependant. Au temps de la consultation allergologique spécialisée, ces sujets accusent déjà un amaigrissement de six à dix kilos. C'est alors que les tests cutanés se révèlent précieux : très souvent négatifs car ne retenant que peu d'aliments, ils apportent la base d'explications sur les raisons de la fausse positivité. Une écoute de l'angoisse réactionnelle, un léger traitement d'appoint, l'explication de réintroductions progressives de ces aliments, suivis d'une consultation de contrôle trois mois plus tard, résolvent en général ce problème.

Une deuxième situation, assez courante, est celle de sujets porteurs d'un syndrome du côlon irritable. La fréquence des douleurs abdominales, le fait que ce syndrome est effectivement aggravé par la consommation d'aliments riches en grosses fibres, comme par l'abus de consommation de féculents, expliquent que certains sujets expérimentent des régimes restrictifs qui ne sont que partiellement fondés : on aboutit à la suppression totale des féculents, puis des laitages, puis des viandes, puis du gluten. Une consultation allergologique fait de plus en plus partie du parcours médical de ces patients. La recherche d'une allergie gastro-intestinale est difficile et les résultats souvent décevants. Elle mérite cependant d'être entreprise, chez les patients comprenant que la démarche diagnostique sera longue... [11].

En effet, la procédure classique de détection d'une sensibilisation IgE dépendante apporte peu ou pas d'information dans le syndrome du côlon irritable. Un taux élevé d'IgG4 spécifiques serait un stigmate d'allergie alimentaire ayant cette expression clinique [12]. Le moyen de diagnostic le plus fiable reste l'alternance d'un régime d'éviction stricte de trois à quatre semaines suivi d'un test d'introduction réaliste en double insu, puis en ouvert pour de fortes doses, lui-même suivi en cas de négativité d'un test de charge, par ingestion d'une assez forte quantité de l'aliment, quotidiennement, pendant dix à 15 jours.

De façon concomitante, on recherchera un déséquilibre alimentaire : excès relatifs de féculents, provoquant une colopathie de fermentation agressant le côlon irritable, consommation courante de lait alors qu'il existe une intolérance au lactose, excès d'aliments riches en histamine ou épicés : la

muqueuse agressée se caractérise par une activation mastocytaire non spécifique, en lien avec ses connexions avec les neurotransmetteurs de fibres nerveuses proches [13].

L'allergologue aura certainement à fournir des explications concernant ces éventualités. Le bénéfice d'un tel bilan, de ses explications, de ses directives nutritionnelles a été avancé par des études récentes [14].

Une troisième situation est celle d'« affections chroniques altérant sérieusement la qualité de vie », pour lesquelles les patients suspectent des allergies alimentaires et composent des régimes d'éviction irrationnels. L'éviction des laitages et du gluten est particulièrement fréquente, chez des sujets porteurs de fibromyalgie [15]. De même, l'autisme, dont la base génétique est connue depuis peu [16,17], a suscité l'hypothèse d'allergies alimentaires... Si ces sujets ne paraissent pas présenter plus de troubles gastro-intestinaux que l'individu normal [15], il est vrai que parfois un régime sans pain ni pâtes (évitant la colopathie de fermentation génératrice de douleurs abdominales) diminue le symptôme d'hyperréactivité, mais si l'enfant paraît plus calme, les différents symptômes de l'autisme ne sont nullement modifiés. En l'absence certaine d'allergie à la farine de blé, la poursuite d'un régime d'éviction strict du gluten et des laitages n'est pas justifiée.

Hormis ces cas, l'allergologue est parfois confronté à des névroses alimentaires chez l'adulte. Une névrose obsessionnelle est parfois évidente, comme dans le cas de ce patient persuadé de présenter une intolérance à la tyramine et consacrant sa vie à la collecte et à la lecture de toute la littérature sur ce sujet et dont le temps professionnel était majoritairement dévolu à des dosages de tyramine dans tous les aliments... D'autres comportements surprenants pourraient s'en rapprocher : telle cette femme ne consommant depuis des années, trois fois par jour, qu'haricots verts et jambon cuit ; cette autre ne vivant que de petits pots pour bébé... L'allergologue est manipulé comme un objet devant intégrer son diagnostic dans le prédiagnostic du patient : « je vous consulte parce que je suis allergique à tous les aliments ». Dans tous ces cas, bilan allergologique à l'appui, l'assurance faite à ces patients qu'il n'y a aucune allergie alimentaire – ou fausse allergie – n'est d'aucune conséquence bénéfique. La relation médecin-malade, même si apparemment elle établit un lien de confiance, ne suffit pas à obtenir une adhésion pour l'orientation vers un recours au psychiatre... Il est parfois possible avec diplomatie et temps de concertations, d'obtenir très graduellement quelques réintroductions...

Lors de l'entretien avec le psychologue, il apparaît que cette privation d'aliments peut exprimer un comportement très régressif qui occulte une difficulté dans la vie du patient, liée à une prise de décision réorientant sa vie ou dans une problématique de choix.

La nourriture étant chez l'enfant liée à la sensation de plaisir ou de frustration, elle reprend une place déterminante dans un moment de la vie d'adulte où intervient un sentiment d'inadéquation entre la perception qu'il a de sa vie et de ce qu'il aurait voulu qu'elle soit. Un soutien psychothérapique peut aider le patient à retrouver un équilibre qui lui permette de mieux accepter ses propres limites identitaires.

Quelle utilité pour le devenir de ce patient peut avoir cet allergologue ? Celle d'un bilan métabolique établissant les déficits vitaminiques et minéraux, examens qui conduisent à la proposition d'un bilan plus précis par une diététicienne, et de directives nutritionnelles. La prescription de « compléments santé », de vitamines et minéraux médicamenteux, sera associée de façon réfléchie mais ne se substitue pas à ces directives nutritionnelles. . .

Cette revue ne serait pas complète si elle ne soulignait pas les pratiques condamnables de certaines « médecines » parallèles et de certaines sectes. Nous nous inquiétons d'une augmentation de la pratique d'évictions alimentaires basées sur des dosages d'IgG à divers aliments, bien qu'elles n'aient aucun fondement scientifique. Ces examens et les régimes qui en résultent sont très coûteux, bien plus qu'une consultation allergologique et aboutissent parfois à des évictions alimentaires drastiques qui peuvent avoir des effets nocifs. Cette pratique s'étend et profite de la crédulité des patients et pourrait justifier d'une dénonciation au conseil de l'ordre des médecins.

Ne consommer que des légumineuses japonaises (zen oblige), ou bien des légumes crus, ou bien suivre un régime végétarien, soit source de carences protéiques, ou/et minérales ou/et vitaminiques. Pourquoi de tels sujets consultent-ils un jour un allergologue spécialisé en allergologie alimentaire ? Quelle doit être son attitude ? Peut-il espérer qu'un bilan respectueux de la demande du patient, assurant que les aliments consommés ne sont « pas » allergisants, sera le support d'explications afin que le patient comprenne que le vrai risque concerne les carences liées aux aliments qui ne sont « pas » consommés ? . . .

Les auteurs souhaitent l'affirmer, mais craignent que son utilité se limite à une prescription réfléchie de compléments médicamenteux (vitamines, calcium. . .).

4. Conclusions

L'allergologue, préoccupé d'allergies alimentaires et acteur de santé publique ne saurait se désintéresser des troubles multiples des conduites et comportements alimentaires. Si les conduites réactionnelles sont assez clairement discernables, liées à l'anxiété et au stress, l'allergologue s'applique, par un bilan exhaustif, puis par des explications, à normaliser des situations à risque avec l'aide de psychologues et de diététiciennes. En revanche, il est désarmé par des troubles plus graves, de nature psychiatrique, pour lesquels il est

confronté à une double difficulté : déni de ces patients sur la nature de leur comportement, méconnaissance des psychiatres, liée au fait qu'ils voient exceptionnellement ce type de patients. Dès lors, qu'il a souscrit aux obligations d'expertise allergologique, il ressent néanmoins, dans la prise en charge de tels patients, le goût amer de l'échec.

Références

- [1] Teufel M, Biedermann T, Rapps N, Hausteiner C, Henningsen P, Enck P, et al. Psychological burden of food allergy. *World J Gastroenterol* 2007; 13:3456-65.
- [2] Gowland MH. Food allergen avoidance: risk assessment for life. *Proc Nutr Soc* 2002;61:39-43.
- [3] Eigenmann PA, Caubert JC, Zamora SA. Continuing food avoidance diets after negative food challenges. *Pediatr Allergy Immunol* 2006;17:601-5.
- [4] Warner JO. Child protection and allergy. *Pediatr Allergy Immunol* 2005; 16:621.
- [5] Foreman DM. Detecting fabricated or induced illness in children. *BMJ* 2005;331:978-9.
- [6] Latcham F, Merino F, Lang A, Garvey J, Thomson MA, Walker-Smith JA, et al. A consistent pattern of minor immunodeficiency and subtle enteropathy in children with multiple food allergy. *J Pediatr* 2003;143:39-47.
- [7] Costa-Pinto FA, Basso AS, De Sá-Rocha LC, Britto LR, Russo M, Palermo-Neto J. Neural correlates of IgE-mediated allergy. *Ann N Y Acad Sci* 2006;1088:116-31.
- [8] Noimark L, Cox HE. Nutritional problems related to food allergy in childhood. *Pediatr Allergy Immunol* 2008;19:188-95.
- [9] Vieths S, Scheurer S, Ballmer-Weber B. Current understanding of cross-reactivity of food allergens and pollen. *Ann N Y Acad Sci* 2002;964: 47-68.
- [10] Moneret-Vautrin DA. Cross reactivity of food allergens and its clinical relevance. *Bull Acad Natl Med* 2005;189:1491-501.
- [11] Kalliomaki MA. Food allergy and irritable bowel syndrome. *Curr Opin Gastroenterol* 2005;21:708-11.
- [12] Zar S, Benson MJ, Kumar D. Food-Specific Serum IgG4 and IgE Titers to Common Food Antigens in Irritable Bowel Syndrome. *Am J Gastroenterol* 2005;100:1550-7.
- [13] Barbara G, Stanghellini V, de Giorgio R, Corinaldesi R. Functional gastrointestinal disorders and mast cells: implications for therapy. *Neurogastroenterol Motil* 2006;18:6-17.
- [14] Drisko J, Bischoff B, Hall M, McCallum R. Treating irritable bowel syndrome with a food elimination diet followed by food challenge and probiotics. *J Am Coll Nutr* 2006;25:514-22.
- [15] Lind R, Arslan G, Eriksen HR, Kahrs G, Haug TT, Florvaag E, et al. Subjective health complaints and modern health worries in patients with subjective food hypersensitivity. *Dig Dis Sci* 2005;50:1245-51.
- [16] Stephan DA. Unraveling autism. *Am J Hum Genet* 2008;82:7-9.
- [17] Black C, Kaye JA, Jick H. Relation of childhood gastrointestinal disorders to autism: nested case-control study using data from the UK General Practice Research Database. *BMJ* 2002;325:419-21.