

L'ANOREXIE MENTALE DU GARÇON

I. DALEM (1), B. PICCININ (2), D. LERMINIAUX (2), M. ANSSEAU (3)

RÉSUMÉ : L'anorexie mentale est un trouble psychiatrique grave dont les complications somatiques comportent un risque vital. La particularité de cette maladie est qu'elle touche principalement les filles à l'adolescence. Or, ce trouble peut également atteindre les garçons. A propos d'un cas clinique exemplatif, nous nous proposons au travers de l'analyse de différents articles et études de faire une synthèse de cette maladie, en examinant les différences qui existent entre l'anorexie mentale masculine et féminine.

CAS CLINIQUE

Renaud a dix-neuf ans lorsqu'il est adressé par son neuropsychiatre au service de psychiatrie d'un hôpital général, pour des signes dépressifs et des troubles de l'alimentation avec un comportement obsessionnel compulsif.

Il est étudiant en première année de l'enseignement supérieur dans une orientation artistique. Il vit chez ses parents avec son jeune frère, âgé de quinze ans.

Renaud est assez petit pour son âge et très mince à l'admission. Il pèse 52 kg pour 1 m 62. Il paraît plus jeune que son âge.

Il se plaint de fatigue, de tristesse importante et se dit envahi de pensées concernant son poids et son alimentation. Des idées suicidaires sont présentes de manière intermittente. Il existe une importante dévalorisation de son image et un découragement certain.

Depuis deux ou trois ans, époque à laquelle son frère a pris beaucoup de poids, Renaud est angoissé à l'idée de devenir gros et s'impose une restriction alimentaire importante, ritualisée et s'aggravant avec le temps.

Les repas en famille sont devenus un calvaire pour lui car il est obnubilé par la vue de son frère "grassouillet" et il ne peut s'empêcher de se répéter sans cesse : "il est gros... Non, je rigole ! C'est un gros lard... Non, je rigole!" pour annuler ces "méchantes pensées". Ces formules peuvent être répétées des dizaines de fois.

Les aliments sont soigneusement sélectionnés en fonction de leur teneur en graisse. De plus, Renaud calque ses rations alimentaires sur celles des autres, mais dans le sens d'une restriction, c'est-à-dire en s'obligeant à manger moins que ses proches. Toute prise de nourriture est de toute façon culpabilisée, Renaud se demandant sans cesse s'il n'aurait pas dû manger moins. Il n'existe pas de notion de vomissements volon-

ANOREXIA NERVOSA IN BOYS

SUMMARY : Anorexia nervosa is a severe and potentially fatal disorder that generally affects adolescent girls. However, a small number of boys also suffer from anorexia nervosa. Through an analysis of a series of studies and articles, a synthesis of male anorexia nervosa is offered, with emphasis on the differences of the illness between boys and girls. A clinical case is provided as an illustration of this article.

KEYWORDS : *Anorexia nervosa - Adolescents.*

naires, ni d'épisodes boulimiques. Renaud fait régulièrement usage de laxatifs.

Renaud s'intéresse beaucoup à la nourriture, aux livres de recettes et il cuisine des repas élaborés pour sa famille, alors que lui n'y goûte pas. Au moment de l'hospitalisation, on enregistre une perte de poids de 7 kg en 4 mois.

Parallèlement à cette hyporexie, Renaud s'adonne aux sports d'une manière importante et tout aussi ritualisée. Il fait du sport (jogging, musculation, football) chaque jour, repoussant sans cesse les limites de ses performances et s'interdisant en tout cas d'en faire moins que ce qu'il est capable de faire habituellement.

Il rêve d'une silhouette "tracée", virile, à la Schwarzeneger. Il se voit comme quelqu'un de gros, ce qui est de toute évidence contraire à la réalité.

Les parents de Renaud sont employés. Ils paraissent bien s'entendre. Renaud lui-même dit avoir une relation très privilégiée avec sa maman, expliquant que grâce à son choix d'un métier artistique, il peut lui offrir des cadeaux précieux réalisés par lui en atelier. La relation avec son petit frère paraît préservée, malgré le rôle central que Renaud lui attribue dans ses nouvelles habitudes alimentaires.

Dans l'histoire de Renaud, on retrouve un premier contact avec le milieu psychiatrique lorsqu'il avait huit ans, pour un problème d'anxiété importante à l'école où il était excellent élève. Il a alors consulté un psychologue durant quelques mois, puis, à nouveau, au début de l'adolescence. Actuellement, Renaud dit ne pas pouvoir s'empêcher d'étudier plus que ce qui est demandé et ceci dans un souci de performance avec l'angoisse sous-jacente de ne pas "être à la hauteur".

Au niveau médico-chirurgical, un déficit hypothalamo-hypophysaire avec déficit en testostérone et en hormone de croissance a été diagnostiqué quelques semaines auparavant, sans anomalie à l'imagerie médicale, et traité par injections mensuelles de Testoviron®. L'examen

(1) Assistante en Pédopsychiatrie, (2) Pédopsychiatre, (3) Professeur de Psychiatrie, Université de Liège.

clinique est normal, hormis une tendance à l'hypotension.

Sur le plan de la personnalité, apparaissent des traits obsessionnels (le doute, la culpabilité, le désir de contrôler par des vérifications, le désir de maîtrise) ainsi que des traits narcissiques avec des fantasmes de puissance physique et sexuelle, de séduction par la force, de revendication de virilité, à mettre peut-être en relation avec l'apparence juvénile et le retard de croissance de Renaud. Le discours est plutôt désaffecté, on ressent une impression de discours "plaqué" avec une volonté de contrôle et de restriction. Les entretiens sont assez vides, au sens où toute conversation se centre exclusivement sur l'alimentation, et ceci avec une importante pauvreté des affects.

En cours d'hospitalisation, un léger relèvement de l'humeur a pu être observé, avec toutefois une persistance des préoccupations centrées sur la nourriture et l'image corporelle.

Renaud présente donc une nette tendance à l'anorexie mentale, qui s'accompagne de rituels obsessionnels, avec une décompensation dépressive au moment de l'hospitalisation.

L'ÉPIDÉMIOLOGIE

Selon Agman et coll. (1) l'incidence annuelle de l'anorexie mentale est de 8,2 pour 100.000 habitants tous sexes confondus; 1,8 sur 100.000 habitants pour les garçons; 14,6 sur 100.000 habitants pour les filles; et sa prévalence (2) est de 0,3 % des filles et 0,02 % des garçons. La proportion garçons/filles reste discutée et varie de 1 à 20 % en fonction des auteurs (tableau I).

Le chiffre le plus communément avancé est de 1 garçon pour 10 filles.

TABLEAU I. PROPORTIONS GARÇONS/FILLES DE L'ANOREXIE MENTALE (%)

Auteurs	Proportions G/F (%)
Sheppard et coll. (3)	20
Vanderheycken et coll. (4)	6,4
Andersen et coll. (5)	10
Burns (6)	1
Farrow (7)	5 - 10
Sharp et coll. (8)	5 - 10
Woodside et Kaplan (9)	5
Agman et coll. (1)	1

LES CRITÈRES DIAGNOSTIQUES SELON LE DSM-IV

Le DSM-IV (Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux) (10) définit les critères diagnostiques de l'anorexie mentale comme suit.

Anorexie mentale (*Anorexia nervosa*)

A. Refus de maintenir un poids corporel au niveau ou au-dessus d'un poids minimal normal pour l'âge et pour la taille (par exemple perte de poids conduisant au maintien du poids à moins de 85 % du poids attendu, ou incapacité à prendre du poids pendant la période de croissance conduisant à un poids inférieur à 85% du poids attendu).

B. Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, alors que le poids est inférieur à la normale.

C. Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou déni de la gravité de la maigreur actuelle.

D. Chez les femmes post-pubères, aménorrhée, c'est-à-dire absence d'au moins trois cycles menstruels consécutifs (une femme est considérée comme aménorrhéique si les règles ne surviennent qu'après administration d'hormones, par exemple oestrogènes).

Le DSM-IV spécifie le type :

Type restrictif ("restricting type") : pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale, le sujet n'a pas, de manière régulière, présenté de crises de boulimie ni recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs (c'est-à-dire laxatifs, diurétiques, lavements).

Type avec crises de boulimie/vomissements ou prises de purgatifs ("Binge-eating/purging type") : pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale, le sujet a, de manière régulière, présenté des crises de boulimies et/ou recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs (c'est-à-dire laxatifs, diurétiques, lavements).

LA CLINIQUE ET LE MODE DE PRÉSENTATION

Globalement, les différentes études ne montrent que peu de variations dans l'expression clinique de la maladie chez le garçon par rapport à la fille, une fois la maladie installée. Toutefois, d'importantes différences apparaissent entre les deux sexes avant l'installation du comportement anorexique proprement dit et après la guérison.

AVANT LE DÉBUT DE LA MALADIE

En ce qui concerne les différences sexuelles avant le début de la maladie, il y a bien sûr des variations biologiques; dès l'âge de 9 ans, la composition du corps de la petite fille devient différente de celle du petit garçon et, dès l'âge de 12 ans, le corps des jeunes filles est composé

de 24 % de graisses tandis que le corps du jeune homme de même âge n'en contient que 14 %. Il n'est pas démontré que ces facteurs biologiques participent à la physiopathologie de l'anorexie mentale.

Par contre, l'influence sociale semble mieux expliquer les différences épidémiologiques de l'anorexie mentale. Une étude, de Maloney et coll. (11) démontre qu'en 6^{ème} année primaire, deux fois plus de petites filles que de petits garçons se perçoivent comme "grosses" sans notion objective d'obésité. Le nombre de petites filles s'imposant un régime alimentaire est deux fois plus important que celui des garçons. Par ailleurs, il semblerait que le jeune garçon, s'il se soucie de son apparence, est préoccupé par la taille et la forme de ses muscles et par ses capacités sportives, plus que par une éventuelle perte de poids, tandis que la fille qui fait un régime recherche la minceur comme un but en soi, via une pratique sociale qu'elle ne remet pas en question.

UNE FOIS LA MALADIE INSTALLÉE

Rappel de l'expression clinique de l'anorexie mentale chez la fille

Classiquement, on décrit l'anorexie mentale comme une maladie de l'adolescence ou du début de l'âge adulte. La symptomatologie (1) est très proche d'une patiente à l'autre.

On retrouve de manière quasi systématique la triade symptomatologie des "3 A":

- Anorexie
- Amaigrissement
- Aménorrhée

L'anorexie est le symptôme principal et se présente comme une lutte acharnée contre la faim et un refus de s'alimenter de manière suffisante (il ne s'agit pas à proprement parler d'une anorexie). Il y a à la fois un contrôle des "entrées" alimentaires et un contrôle des "sorties" se manifestant par des vomissements provoqués, ainsi que l'utilisation de diurétiques et de laxatifs. La restriction est classiquement réalisée en secret. Ce comportement prend une forme de rite et est nié par le sujet.

L'amaigrissement est la conséquence logique de ce comportement et doit atteindre au moins 10 % du poids initial pour être significatif et autoriser le diagnostic. En réalité, il atteint souvent 25 à 50 % du poids initial. En regard de cette perte de poids, il existe une réelle méconnaissance de la maigreur, sous-tendue par un désir éperdu de minceur et une phobie de la prise de poids. La maigreur extrême apporte à ces jeunes filles un

sentiment d'exaltation et de bien-être, de triomphe sur leur corps et sur la faim.

L'aménorrhée est constante, survenant le plus souvent au début de l'anorexie mais pouvant également précéder ou suivre la maladie. Elle n'est pas la conséquence directe de la perte de poids mais s'inscrit dans les désordres de l'axe hypothalamo-hypophysaire qui accompagnent la maladie. Le retour des règles est souvent un signe d'évolution favorable.

D'autres signes sont moins constants :

- intérêt exagéré pour tout ce qui concerne la nourriture, confection de menus élaborés destinés à l'entourage;
- dépression, anxiété, troubles obsessionnels-compulsifs;
- désintérêt de la sexualité, dégoût de la féminité, répulsion pour son corps de femme;
- accès boulimiques;
- troubles somatiques variés.

Il existe fréquemment un surinvestissement intellectuel qui est particulier au sens où il se manifeste par un "intellectualisme pur", dépourvu de toute créativité. Le patient obtient d'excellents résultats scolaires, mais utilise très peu ses capacités fantasmatiques et créatives (1).

Il peut y avoir une hyperactivité physique avec un but, avoué ou non, d'amincissement.

L'expression clinique spécifique au garçon

Une fois la maladie installée, le genre sexuel importe peu : le comportement pathologique et le fonctionnement psychologique deviennent similaires à quelques différences près.

En terme d'origine sociale, on ne relève pas de variation entre la population masculine et féminine des anorexiques mentaux (12).

L'âge de début chez le jeune homme varie suivant les études mais la maladie s'installe classiquement à la (pré)puberté, à l'adolescence ou au début de l'âge adulte : autour de 15 ans et demi selon Vanderheycken et Van den Broucke (4), 18,6 ans selon Sharp et coll. (8).

Chez la jeune fille, il existe deux pics de fréquence d'apparition : à 14 ans et demi et à 18 ans.

Les maîtres symptômes de la maladie chez le garçon sont l'anorexie et l'amaigrissement. Selon Vanderheycken et Van den Broucke (4), l'amaigrissement est plus important chez le jeune homme (34 % de perte par rapport au poids idéal, 30 % chez la fille) et atteint 20 kg en moyenne. Cette différence pourrait être expliquée par un BMI (Body Mass Index : poids/ taille au carré) de départ significative-

ment plus élevé chez le garçon au début de la maladie pouvant même mériter parfois le diagnostic d'obésité, ce qui est rarement le cas chez la fille (13).

L'équivalent clinique masculin de l'aménorrhée serait la *perte de la libido*, objectivée par une chute des taux sanguins de testostérone et se manifestant par un arrêt des activités sexuelles et masturbatoires ainsi qu'une absence de toute érection (1).

Il n'est pas encore déterminé de manière formelle si cette perturbation est contemporaine ou antérieure à la maladie, mais il est généralement considéré que la reprise d'une activité sexuelle est un signe de bon pronostic. De même, l'absence d'activité sexuelle et fantasmatique avant le début de la maladie constitue un facteur de mauvais pronostic. Une proportion importante d'anorexiques mentaux masculins connaîtraient des troubles de l'identité sexuelle. Ceci sera détaillé dans la section "psychopathologie" de notre article.

Chez le garçon, l'*usage des diurétiques et des laxatifs est moins répandu* et les *vomissements provoqués sont plus rares* que chez la jeune fille. Crisp et coll. (12) relèvent que 57 % des filles font usage de laxatifs contre 24 % des garçons; et 42 % des filles se font vomir volontairement contre 37 % des garçons. Sharp et coll. (8) suggèrent que cette différence est liée à une meilleure connaissance par la population féminine de ces "techniques" de perte de poids.

Chez le garçon, on constate plus souvent un *surinvestissement de l'activité physique*. Selon Crisp et coll. (12), 39 % des garçons s'investissent beaucoup dans le sport, pour 23 % seulement des filles. Cette tendance à l'hyperactivité physique est peut-être favorisée par l'image masculine véhiculée par les médias, qui est celle d'un homme fort et sportif. L'anorexie mentale chez le garçon commence d'ailleurs fréquemment par un entraînement sportif intense, tandis que chez la jeune fille, la maladie s'installe souvent à la faveur d'un régime alimentaire classique.

Andersen et Di Domenico (14) ont comparé le contenu de magazines destinés aux jeunes femmes entre 18 et 24 ans avec ceux destinés aux jeunes gens, et ont constaté que les magazines s'adressant à la population féminine contiennent 10 fois plus d'articles et de publicités valorisant la minceur. Il est surprenant de relever que ce chiffre correspond exactement au sex-ratio communément avancé de l'incidence de l'anorexie mentale.

Toujours selon Crisp et coll., une moyenne de 39 % des patients masculins présente des épi-

sodes de boulimie, ce qui est une proportion moins importante que celle des patientes féminines (45 %).

Comme la fille, le garçon a une peur intense de perdre le contrôle de son poids et il a une perception erronée de son image corporelle, qui est toujours vécue comme beaucoup plus grosse qu'elle n'est en réalité.

Il est rare que le diagnostic de trouble alimentaire soit un diagnostic isolé. La comorbidité est fréquente, aussi bien chez le jeune homme que chez la jeune fille; spécialement fréquents sont les diagnostics associés de trouble de l'humeur, d'abus de substances (alcool ou drogue), et/ou de trouble de la personnalité.

On retrouve chez les garçons une proportion plus élevée de traits de personnalité obsessionnelle (7 % de filles, 29 % de garçons) et antisociale (1 % de filles, 18 % de garçons), et chez les filles plutôt des traits de personnalité de type immature ou indifférencié (30 % de filles, 4 % de garçons) et histrionique (26 % de filles et 4 % de garçons) (4, 13). Il pourrait être intéressant de comparer ces chiffres avec ceux d'une population "saine".

Selon Sharp et coll. (8), les jeunes gens présenteraient plus de symptômes dépressifs que la jeune fille, notamment le réveil matinal précoce, noté chez 42 % des garçons contre seulement 28 % des filles.

Des perturbations physiologiques ainsi que des symptômes physiques particuliers peuvent se manifester dans les deux sexes, tels que hypotension, anémie, ostéoporose, réapparition du lanugo, bradycardie, perte de caractères sexuels secondaires (4).

Andersen et Holman (13) ont constaté chez les patients des deux sexes une perte analogue de densité minérale osseuse ainsi qu'une diminution du volume cérébral ("brain volume shrinkage"). Les patients se servant des vomissements provoqués comme technique de perte de poids peuvent, en outre, présenter une érosion de l'émail dentaire, des perturbations électrolytiques, une inflammation des glandes parotides, une oesophagite, des crampes musculaires.

LE DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

La démarche diagnostique est la même chez les patients des deux sexes. Les principaux diagnostics à exclure sont :

- les tumeurs du système nerveux central (perturbations de l'axe hypothalamo-hypophysaire),
- les pathologies du système digestif (maladie de Crohn, troubles oesophagiens...),

- la maladie d'Addison (vomissements, troubles alimentaires secondaires),
- d'autres troubles psychiatriques (délires, symptômes mélancoliques ou dépressifs graves, accès maniaque, phobie alimentaire).

LE PRONOSTIC

Le risque de mortalité associé à l'anorexie mentale est estimé de 6 à 15 % selon les auteurs. La moitié des décès résulte de gestes suicidaires. Ces chiffres pourraient être en augmentation (6).

Il est généralement admis que le sexe masculin représente en soi un facteur de mauvais pronostic. Cependant, de multiples études ont été menées, et les résultats sont très variables.

Globalement, selon Vanderheyken et Van den Broucke (4) qui ont revu tous les cas d'anorexie mentale masculine publiés entre 1970 et 1980, le pronostic est moins bon que chez la fille et les symptômes sont plus sérieux.

Cependant, pour Crisp et coll (12), le pronostic est semblable à celui de la jeune fille : 44 % de bonne évolution, 26 % d'évolution moyenne, et 30 % de mauvais résultats (7 % de décès).

De même, Andersen et coll. (5) ne constatent pas de pronostic plus sombre chez le garçon.

Woodside et Kaplan (9) constatent un pronostic plus sombre chez le garçon, mais nuancent cette constatation en l'expliquant par un artefact possible dû au faible échantillon masculin (4 jeunes gens pour 51 filles).

Une étude de Saccomani et coll. (15) menée sur 81 enfants et adolescents (72 filles pour 9 garçons) réévalués après 10 ans, ne montre pas de différence d'évolution due au sexe : 53 % des patients ont eu une bonne évolution, 33 % ont moyennement évolué, et 14 % ont eu une évolution défavorable.

Dans une étude récente, Nielsen et coll. (16) ne constatent pas de différence significative en ce qui concerne le risque de mortalité chez le garçon. Par contre, cette mortalité, si elle survient, se répartit différemment dans le temps. Alors que le risque annuel de mortalité chez la fille anorexique mentale est constant au cours du temps (0,59 %), le risque de mortalité chez le garçon est de 5 % les deux premières années et devient nul par la suite.

L'évolution et la guérison sont plus difficilement évaluées chez le garçon, car non objectivables par le retour des règles. La reprise d'une activité sexuelle est de bon pronostic.

Les facteurs de mauvais pronostic relevés par Crisp et coll. (12) et Andersen et Holman (13) concernant le garçon sont :

- un âge plus avancé au début de la maladie;
- l'utilisation de laxatifs;
- l'absence d'activité sexuelle pré-morbide;
- un poids minimum bas;
- une comorbidité (troubles de la personnalité, troubles de l'humeur, éthyliisme et abus de drogues);
- une maladie de longue durée.

L'anxiété ne semble pas jouer un rôle pronostique.

LA PSYCHO-PATHOLOGIE

Cités par Agman et coll. (1) ainsi que par Halfon (17), Lasègue, Gull, Charcot, et Freud ont considéré l'anorexie mentale comme une forme d'hystérie. Freud parlait également de similitudes avec la dépression mélancolique.

Les théories plus récentes, reprises dans les articles de Agman et coll. (1), Halfon (17), et Jeammet (18), évoquent plutôt un trouble d'ordre psychotique.

Crisp (19) s'est intéressé aux similitudes avec la psychose maniaco-dépressive.

L'approche psychanalytique (1) met en évidence le conflit pulsionnel lié à l'anorexie mentale, avec un évitement de la sexualité génitale par des comportements régressifs (érotisation des conduites alimentaires). Philippe Jeammet (18), évoque une "pathologie sévère du Moi, de l'incorporation, et des assises narcissiques, mettant en échec le processus d'individuation".

Bailly (20), et Jeammet (co-auteur de l'article publié par Agman en 1994), parlent de conduite de dépendance similaire à la toxicomanie et à l'alcoolisme (il y aurait d'ailleurs une relation épidémiologique entre ces pathologies).

D'un point de vue psychodynamique, il n'y aurait pas de différence notable entre les mécanismes psychologiques sous-tendant l'anorexie mentale chez le garçon et chez la fille une fois la maladie installée (17).

La méconnaissance de la maigreur est constante, et s'accompagne d'un sentiment de triomphe, d'élation et de bien-être. On retrouve de manière systématique une recherche éperdue de minceur et les patients sont terrorisés à l'idée de prendre du poids et de perdre le contrôle sur leur restriction alimentaire. Le comportement alimentaire est érotisé (tenir à distance l'objet du désir). Cependant, il paraît évident que la différence de distribution de l'anorexie mentale dans la population indique que les mécanismes psychologiques sont différents chez la fille et chez le garçon, sans que ceux-ci soient expliqués.

Un modèle fréquemment retenu est celui d'une maladie psycho-somatique, au sens où soma et psyché sont étroitement intriqués dans tous les aspects de ce trouble, avec la particularité toutefois qu'il n'existe pas de trouble lésionnel mais bien un trouble fonctionnel (1).

L'approche familiale (3) permet de mettre en évidence un taux de 25 % de troubles psychiatriques (alcoolisme et dépression notamment) parmi les proches parents des anorexiques mentaux. Des conflits couverts au sein du couple parental ou au sein de la famille sont souvent présents, et l'on identifie particulièrement une relation mère-enfant fusionnelle et un père fréquemment absent ou désinvesti.

Une particularité qu'on attribue fréquemment au garçon est une proportion importante d'homosexualité ou de conflits d'ordre homosexuel. Le rôle éventuel d'une perturbation de l'identité sexuelle dans l'anorexie mentale du garçon n'est pas connu. Crisp (19) suggère que le conflit autour de l'homosexualité du garçon anorexique mental joue le même rôle que le conflit d'ordre hétérosexuel chez les patients féminines : par le jeûne, une diminution de la libido s'opère, et permet une résolution temporaire des conflits sexuels.

Plusieurs auteurs remarquent qu'un conflit d'ordre homosexuel a précédé l'installation de la maladie chez à peu près la moitié des jeunes gens (5, 12, 21), tandis que la jeune fille a vécu plus fréquemment des problèmes d'abus sexuels.

- Carlat et coll. (22) : 58 % des patients anorexiques sont identifiés comme étant "asexués". Il existe un lien certain entre les troubles de l'alimentation et l'orientation sexuelle.

- Herzog et coll. (21) : il existe une "tendance" significative à l'absence d'activité sexuelle pré-morbide et à l'homosexualité chez les anorexiques mentaux masculins.

- Burns (6) et Crisp (19) ne constatent pas d'homosexualité significative.

- Fichter et Daser (23) : score super-féminin au test de personnalité de Freiburger: les patients interrogés se vivent comme plus féminins que les autres hommes.

- Garfinkel et coll. (24) : 22 % des anorexiques mentaux de son étude sont homo- ou bisexuels, ce qui est significativement augmenté par rapport à la population générale (13 %).

Crisp et coll. (12), Herzog et coll. (21) associent l'anorexie mentale à l'inactivité sexuelle pré-morbide.

Il est intéressant de parler de l'influence des facteurs socio-culturels sur la recrudescence de la maladie, particulièrement chez la jeune fille. En effet, l'image masculine véhiculée actuellement est plutôt celle d'un jeune homme sportif et musclé, tandis que la femme représentée demeure d'une minceur extrême, frôlant la cachexie. Par contre, l'image d'un homme surpuissant pourrait motiver le début d'une hyperactivité physique chez le jeune homme, débouchant éventuellement sur l'anorexie mentale. La "distribution" des rôles féminins et masculins, et les conflits qui peuvent en résulter, semble, assez logiquement, jouer un rôle dans la psychopathologie de l'anorexie mentale (13).

Diverses recherches ont tenté d'identifier le rôle de la sérotonine dans les troubles alimentaires, sans résultat actuellement significatif en ce qui concerne l'anorexie mentale (1).

LE TRAITEMENT

D'après Andersen et coll. (5), l'approche du traitement est globalement identique chez les patients des deux sexes.

En raison du risque vital, il est fréquent dans le parcours d'un anorexique mental de passer par une prise en charge par une équipe hospitalière formée à ce genre de pathologie. L'hospitalisation n'est toutefois pas toujours indispensable et une prise en charge ambulatoire peut donner de bons résultats (1).

Si la réalimentation est une urgence, elle se fera classiquement selon un modèle de thérapie comportementale. Il est important de souligner qu'il est parfois risqué de centrer l'objectif de la prise en charge sur une prise de poids, qui, si elle est trop rapide, risque d'être très fragile.

Le choix d'une psychothérapie se fera souvent vers une thérapie de type analytique, comportementale et/ou de soutien (1). Jeammet (18) conseille de différer la cure psychanalytique, si elle est envisagée, jusqu'à l'abandon du trouble alimentaire proprement dit.

Certains thérapeutes choisissent d'associer une thérapie familiale à la prise en charge de leur patient. Agman et coll. (1) soulignent qu'il est d'ailleurs difficile de ne pas inclure les parents dans la prise en charge de leur enfant ou adolescent.

Les thérapies de groupe ont également fait leurs preuves dans le traitement de l'anorexie mentale (5).

A ce sujet, il ne semble pas que la thérapie de groupe pose un problème chez le garçon qui va ainsi se trouver dans un milieu majoritairement

féminin (9). On relèvera toutefois que les questions d'ordre sexuel débattues en thérapie de groupe diffèrent chez les patients des deux sexes : les jeunes filles parlent plus souvent d'abus sexuels, et les jeunes gens orientent plutôt leur thérapie sur l'identité sexuelle (13).

Dans la mesure du possible, on évitera toute médication chez les anorexiques mentaux, sauf si des troubles dépressifs sévères ou un état anxieux le justifient (1). Il existe toutefois une discussion quant à l'utilité possible, mais non prouvée des antidépresseurs sérotoninergiques. Il existe des hypothèses sur le rôle de la sérotonine dans la régulation de l'appétit, et les antidépresseurs de cette classe sont déjà utilisés de manière régulière dans la boulimie, avec des résultats probants.

Certains auteurs (13) conseillent d'administrer des suppléments hormonaux à leurs patients : testostérone pour le garçon, oestrogènes pour la fille.

En conclusion, l'anorexie mentale est classiquement une maladie concernant le sexe féminin à l'adolescence.

Les cas d'anorexie mentale masculine sont rares, ce qui explique le faible nombre d'études sur le sujet ainsi que le petit nombre de sujets étudiés. Il n'est donc pas étonnant de constater une réelle méconnaissance de l'existence de ce trouble chez le jeune homme. Cependant, dans tous les cas, il est frappant de constater à quel point les tableaux cliniques de l'anorexie mentale sont similaires chez les patients des deux sexes.

Cette constatation, ainsi que l'existence d'un risque médical et psychologique majeur devraient inciter à ne plus méconnaître l'existence de la maladie chez le jeune homme.

Il serait intéressant, pour la prise en charge de ces patients, de comprendre les raisons de la différence de distribution de l'anorexie mentale dans les populations de sexe différent. Ceci reste un défi pour le monde psychiatrique, en dépit des pistes déjà explorées.

BIBLIOGRAPHIE

1. Agman G, Corcos M, Jeammet Ph.— Troubles des conduites alimentaires. Editions techniques. *Encycl. Med. Chir. (Paris-France). Psychiatrie*, 37-350-A-10, 1994.
2. Lucas A.— Epidemiology of anorexia nervosa. *Int J Eating Disord*, 1986, **2**, 5-10.
3. Sheppard NP, Jackson A, Malone JP.— Male anorexia nervosa : a review of nine patients. *Ir Med J*, 1984, **77**, 4-8.
4. Vanderheycken W, Van den Broucke S.— Anorexia nervosa in males, a comparative study of 107 cases reported in the literature (1970-1980). *Acta Psychiatr Scand*, 1984, **70**, 447-454.
5. Andersen AE, et al.— *Males with eating disorders*. Eating disorders monograph series, 4. Brunner Mazel. New York, 1990.
6. Burns T.— Anorexia nervosa in the male; clinical features and prognosis. *Neuropsychiatr Enfance*, 1993, **41**, 283-286.
7. Farrow JA.— The adolescent male with an eating disorder. *Pediatr Ann*, 1992, **21**, 769-774.
8. Sharp CW, Clark SA, Dunan JR, et al.— Clinical presentation of anorexia nervosa in males - 24 new cases. *Int J Eating Disord*, 1994, **15**, 125-134.
9. Woodside DB, Kaplan AS.— Day hospital treatment in males with eating disorders response and comparison to females. *J Psychosom Res*, 1994, **38**, 471-475.
10. DSM-IV, *critères diagnostiques*. American Psychiatric Association. Masson, Paris, 1996.
11. Maloney M, Mac Guire J, Daniels S, Specker B.— Dieting Behavior and eating attitudes in children. *Pediatrics*, 1989, **84**, 482-487.
12. Crisp A, Burns T, Bhat A.— Primary anorexia nervosa in the male and female : a comparison of clinical features and prognosis. *Brit J Med Psychol*, 1986, **59**, 123-132.
13. Andersen AE, Holman JE.— Males with eating disorders : challenges for treatment and research. *Psychopharmacol Bull*, 1997, N° 3, Vol. 33.
14. Andersen AE, Di Domenico L.— Diet vs. shape content of popular male and female magazines: A dose response relationship to the incidence of eating disorders. *Int J Eating Disord*, 1992, **10**, 389-394.
15. Saccomani L, Savoini M, Cirrincione M, et al.— Long-term outcome of children and adolescents with anorexia nervosa : study of comorbidity. *J Psychosom Res*, 1998, **44**, 565-571.
16. Nielsen S, Moller-Madsen S, Isager T, et al.— Standardized mortality in eating disorders- a quantitative summary of previously published and new evidence. *J Psychosom Res*, 1998, **44**, 413-433.
17. Halfon O.— L'anorexie mentale du garçon. *Rev Med Suisse Romande*, 1994, **114**, 975-980.
18. Jeammet Ph.— L'approche psychanalytique des troubles des conduites alimentaires. *Neuropsychiatr Enfance*, 1993, **41**, 235-244.
19. Crisp A.— Anorexia Nervosa: feeding disorder, nervous malnutrition or weight phobia? *World Rev Nutr Diet*, 1970, **12**, 452-504.
20. Bailly D.— Recherche épidémiologique, trouble du comportement alimentaire et conduites de dépendance. *Encéphale*, 1993, **19**, 285-292.
21. Herzog D, Norman DK, Gordon C, PePOSE M.— Sexual conflict and eating disorders in 27 males. *Am J Psychiatry*, 1984, **141**, 989-90.
22. Carliat DJ, Carmago CA, Herzog DB.— Eating disorders in Males : A report on 135 patients. *Am J Psychiatry*, 15418 - August 1997.
23. Fichter M, Daser C.— Symptomatology, psychosexual development and gender identity in 42 anorexic males. *Psychosoc Med*, 1987, **17**, 409-418.
24. Garfinkel P, Moldofsky M, Garner D.— The heterogeneity of anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry*, 1980, **37**, 1036-1040.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Dr I. Dalem, Service de Pédopsychiatrie, CHR Citadelle, 4000 Liège.