

Comportements alimentaires problématiques et diabète de type 1



Les troubles des comportements alimentaires (TCA: anorexie mentale, boulimie, hyperphagie boulimique) ainsi que les comportements alimentaires problématiques (CAP: crises de boulimie, usages inappropriés de laxatifs, vomissements provoqués, pratiques excessives d'activité physique) sont fréquents chez les personnes vivant avec le diabète de type 1 (DT1), et ce, particulièrement chez les femmes et pendant l'adolescence¹. En effet, une grande étude canadienne a révélé une prévalence de TCA de 10% chez les adolescentes vivant avec le DT1, contre 4% chez les non-DT1².

Par Catherine Leroux, Dt. P., M. Sc.,
et Delphine Bouchard, Inf.

LE DT1, UN FACTEUR DE RISQUE DE DÉVELOPPEMENT DE TCA ET CAP

Plusieurs experts se sont interrogés sur ce risque « accru » de TCA et CAP chez les personnes vivant avec le DT1. Bien que la relation entre le diabète et le développement de TCA soit complexe et comporte de multiples facettes, quelques éléments de la prise en charge du DT1 et de son traitement pourraient jouer un rôle¹.

Dès qu'elles reçoivent leur diagnostic, les personnes vivant avec le DT1 ont l'habitude d'effectuer un suivi serré de leur poids et de le voir parfois fluctuer plus facilement qu'un pair sans diabète. L'initiation du traitement d'insuline au moment du diagnostic est associée à une reprise du poids perdu avant le diagnostic³⁻⁴. À plus long terme, un bon contrôle glycémique est associé à un léger gain de poids⁵. De plus, dès son jeune âge, une personne vivant avec le DT1 doit porter une attention particulière à ses apports alimentaires: le calcul des glucides

pour un ajustement optimal des doses d'insuline et une alimentation équilibrée pour la prévention des maladies cardiovasculaires. Le suivi serré des chiffres au quotidien (glucides, glycémies, doses d'insuline) peut encourager ou mettre en évidence des traits de comportements perfectionnistes ou des préoccupations alimentaires et/ou corporelles excessives. L'hyperglycémie en elle-même est aussi directement associée à des troubles du sommeil, de l'appétit et de l'humeur^{6,7}. Enfin, les épisodes d'hypoglycémie peuvent générer de l'anxiété liée à la prise alimentaire obligatoire et sont également associés à un sentiment de faim intense qui peut induire une crise de boulimie⁸.

QU'EST-CE QUE LA DIABOULIMIE ?

La *diaboulimie* est parfois le terme utilisé pour désigner un trouble alimentaire chez les personnes vivant avec le DT1. Pour d'autres experts, il s'agit plutôt d'un terme plus ciblé pointant la coexistence entre ces trois caractéristiques⁹:

- La présence de DT1;
- Un comportement d'omission volontaire de l'insuline;
- La crainte que l'insuline mène à un gain de poids.

L'omission volontaire d'insuline est une méthode compensatoire spécifique au DT1 qui vise à atteindre une hyperglycémie, associée à une glycosurie (présence de sucre dans l'urine) et, par conséquent, à une perte de poids. Certains individus perçoivent l'omission d'insuline comme un jeu de chance, comme un moyen de prendre le contrôle de leur vie, de fuir le diabète par frustration ou par simple besoin de prendre une pause (s'apparente au *diabetes burnout*). Plusieurs ressentent un sentiment de contradiction, craignant la prise de poids mais souhaitant avoir une bonne gestion glycémique. En somme, les personnes souffrant de diaboulimie perçoivent

l'insuline de manière très complexe. Leur relation avec cette hormone est souvent chargée d'émotion, de remords et d'appréhension.

On estime que de 6 à 7% des gens atteints de DT1 souffrent de diaboulimie. La prévalence est aussi plus élevée chez les jeunes de 15 à 30 ans, particulièrement chez les femmes. Sans avoir reçu le diagnostic, certaines personnes diabétiques peuvent, à l'occasion, adopter des comportements associés à la diaboulimie. Il a été rapporté qu'une femme sur cinq et que deux hommes sur cinq diminuent volontairement ou évitent à l'occasion une dose d'insuline dans le but de perdre du poids¹⁰. Le taux monte aussi jusqu'à 40% chez les adolescentes et les jeunes femmes.

LES IMPACTS SUR LA SANTÉ

Les TCA ont des conséquences physiologiques et psychologiques importantes pour la santé. Ils sont associés à une hyperglycémie chronique (hausse significative et prolongée de l'hémoglobine glyquée) et ainsi à une plus grande susceptibilité aux infections (infection urinaire, staphylocoque, etc.), à un risque accru de complications vasculaires, d'acidocétose diabétique et de mortalité précoce¹¹⁻¹³.

Le suivi serré des chiffres au quotidien (glucides, glycémies, doses d'insuline) peut encourager ou mettre en évidence des traits de comportements perfectionnistes ou des préoccupations alimentaires et/ou corporelles excessives.



SAVOIR IDENTIFIER LES PERSONNES À RISQUE ET RECONNAÎTRE LES SIGNES

Il existe malheureusement peu d'outils de dépistage des TCA adaptés au DT1. Il est toutefois possible d'identifier plusieurs signaux auxquels le patient lui-même et son équipe de soins doivent porter attention :

- Relation difficile avec l'insuline (source d'émotions négatives comme la peur ou l'anxiété) menant à des omissions fréquentes de doses ;
- Préoccupation excessive à l'égard du poids ou envers l'image corporelle ;
- Dépression, trouble de l'humeur, grande fatigue ;
- Alimentation en cachette ou pratique excessive d'activité physique ;
- Hémoglobine glyquée supérieure à 9 % sur une longue période ;
- Infections à répétition ;
- Acidocétoses diabétiques fréquentes ;
- Hospitalisations fréquentes ;
- Annulation de rendez-vous médicaux ;
- Absentéisme à l'école ou au travail.

En somme, les TCA et les CAP accompagnés d'un DT1 présentent un état complexe et sérieux. Puisqu'une grande partie des individus vivant avec le DT1 ont ou ont déjà eu des CAP, les professionnels de la santé doivent demeurer alertes et questionner leurs patients sur les signes avant-coureurs afin de prévenir le plus possible le développement de TCA. Le DT1 est bien loin d'être seulement axé sur la santé physique et les chiffres, le bien-être mental est également un élément crucial de la bonne gestion de cette maladie. ■

RESSOURCES

1. Anorexie et boulimie Québec: ligne d'écoute et de références.
2. ÉquiLibre: pour une image corporelle positive.
3. Organisme de prévention et de soutien pour les personnes concernées par les troubles alimentaires.
4. Tel-Jeunes — Troubles alimentaires.

SOURCES

1. WINSTON, A. P., « Eating Disorders and Diabetes », *Current diabetes reports*, 2020.
2. JONES, J. M., M. L. LAWSON, D. DANEMAN, M. P. OLMSTED, G. RODIN, « Eating disorders in adolescent females with and without type 1 diabetes: cross sectional study », *BMJ*, 2000;320(7249):1563-6.
3. CARLSON, M. G., J. P. CAMPBELL, « Intensive insulin therapy and weight gain in IDDM », *Diabetes*, 1993, décembre;42(12):1700-7. 49.
4. HALL, S. E., J. SAUNDERS, P. H. SONKSEN, « Glucose and free fatty acid turnover in normal subjects and in diabetic patients before and after insulin treatment », *Diabetologia*, 1979, mai;16(5):297-306.
5. « Influence of intensive diabetes treatment on body weight and composition of adults with type 1 diabetes in the Diabetes Control and Complications Trial », *Diabetes Care*, 2001, octobre;24(10):1711-21.
6. GOEBEL-FABBRI, A. E., et al., « Identification and treatment of eating disorders in women with type 1 diabetes mellitus », *Treat Endocrinol*, 2002, 1(3): p. 155-62.
7. RODIN, G., et al., « Eating disorders in young women with type 1 diabetes mellitus », *J Psychosom Res*, 2002, 53(4): p. 943-9.
8. STRACHAN, M. W., F. M. EWING, B. M. FRIER, et al., « Food cravings during acute hypoglycaemia in adults with Type 1 diabetes », *Physiol Behav*, 2004, février;80(5):675-82.
9. WISTING, L., F. SNOEK, « Terminology matters: "diabulimia" is insufficient to describe eating disorders in individuals with type 1 diabetes », *Diabetic Medicine*, 2019.
10. TORJENSEN, I., et al., « Diabulimia: the world's most dangerous eating disorder », *BMJ*, 2019.
11. GOEBEL-FABBRI, A. E., et al., « Insulin restriction and associated morbidity and mortality in women with type 1 diabetes », *Diabetes Care*, 2008, 31(3): p. 415-419.
12. RODIN, G., et al., « Eating disorders in young women with type 1 diabetes mellitus », *J Psychosom Res*, 2002, 53(4): p. 943-9.
13. PETERSON, C. M., S. FISCHER, D. YOUNG-HYMAN, « Topical review: a comprehensive risk model for disordered eating in youth with type 1 diabetes », *J Pediatr Psychol*, 2015, 40(4): p. 385-90.
14. CLERY, P., D. STAHL, K. ISMAIL, J. TREASURE, C. KAN, « Systematic review and meta-analysis of the efficacy of interventions for people with Type 1 diabetes mellitus and disordered eating », *Diabet Med*, 2017;34(12):1667-1675. doi:10.1111/dme.13509.
15. MACDONALD, P., C. KAN, M. STADLER, et al., « Eating disorders in people with Type 1 diabetes: experiential perspectives of both clients and healthcare professionals », *Diabet Med*, 2018;35(2):223-231. doi:10.1111/dme.13555.
16. PAOLI, T. D., & P. J. ROGERS (2017), « Disordered eating and insulin restriction in type 1 diabetes: A systematic review and testable model », *Eating Disorders*, 26(4), 343-360. doi:10.1080/10640266.2017.1405651.
17. TRONCONE, A., C. CASCELLA, A. CHIANESE, et al., « Changes in body image and onset of disordered eating behaviors in youth with type 1 diabetes over a five-year longitudinal follow-up », *J Psychosom Res*, 2018;109:44-50.
18. WISTING, L., D. H. FRØISLAND, T. SKRIVARHAUG, K. DAHL-JØRGENSEN, O. RØ, « Disturbed eating behavior and omission of insulin in adolescents receiving intensified insulin treatment: a nationwide populationbased study », *Diabetes Care*, 2013;36(11):3382-7.
19. YOUNG-HYMAN, D. L., C. L. DAVIS, « Disordered eating behavior in individuals with diabetes: importance of context, evaluation, and classification », *Diabetes Care*, 2010;33:683-689.
20. YOUNG, V., C. EISER, B. JOHNSON, S. BRIERLEY, T. EPTON, J. ELLIOTT, et al., « Eating problems in adolescents with type 1 diabetes: a systematic review with meta-analysis », *Diabet Med*, 2013;30(2):189-98.