

## **ARFID - Le trouble de restriction ou évitement de l'ingestion d'aliments : caractéristiques cliniques et connaissances actuelles**

**Dr NADIA MICALI<sup>ab</sup> et ELINE TOMBEUR<sup>b</sup>**

<sup>a</sup>Département universitaire de psychiatrie, Université de Genève, 1211 Genève 4, <sup>b</sup>Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Département de l'enfant et de l'adolescent, HUG, 1211 Genève 14

[nadia.micali@unige.ch](mailto:nadia.micali@unige.ch) | [eline.tombeur@hcuge.ch](mailto:eline.tombeur@hcuge.ch)

Le trouble de restriction ou évitement de l'ingestion des aliments (ARFID, Avoidant and Restrictive Food Intake Disorder) est un « nouveau » diagnostic introduit dans le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5<sup>e</sup> édition (DSM-5) en 2013. L'ARFID est un trouble hétérogène qui semble être commun dans les milieux cliniques ; il est associé à d'importants taux de comorbidités physiques et psychologiques et impacte la santé physique et le fonctionnement psychosocial. Nous présentons un aperçu de la littérature disponible sur l'ARFID et décrivons la compréhension actuelle de ses corrélats. Nous décrivons également deux cas cliniques qui illustrent l'ARFID dans la pratique clinique.

## **ARFID - Avoidant and restrictive food intake disorder: clinical characteristics and current knowledge**

Avoidant and restrictive food intake disorder (ARFID) is a 'new' diagnosis introduced in the Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition (DSM-5) in 2013. ARFID is a heterogeneous disorder that seems to be common in clinical settings and is associated with high levels of physical and psychological comorbidity and impact on physical health and psychosocial functioning. We present an overview of the available literature on ARFID and describe the current understanding of its correlates. We also describe two cases that exemplify ARFID in clinical practice.

### **Introduction**

Les troubles des conduites alimentaires et de l'ingestion alimentaire constituent un large chapitre dans la 5<sup>e</sup> édition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5).<sup>1</sup> De nouveaux troubles y ont été inclus et des modifications ont été apportées à certains des troubles des conduites alimentaires (TCA) figurant déjà dans les éditions précédentes. La publication de la CIM-11, la classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), se fait encore attendre, mais tout laisse à penser que sa classification des troubles des conduites alimentaires et de l'ingestion alimentaire sera vraisemblablement plus similaire à celle du DSM-5 que cela n'a été le cas par le passé.

Parmi les nouveaux troubles ajoutés à ce chapitre du DSM-5, se trouve celui de *restriction ou évitement de l'ingestion d'aliments*, plus connu sous son acronyme anglophone, ARFID (Avoidant and Restrictive Food Intake Disorder), acronyme que nous utiliserons au long de cet article. Le diagnostic d'ARFID a été inclus suite au consensus selon lequel les symptômes de restriction ou d'évitement de l'ingestion d'aliments peuvent survenir à divers âges, ce qui contraste avec le diagnostic de *trouble de l'alimentation chez le bébé et jeune enfant* défini dans le DSM-IV, ce dernier étant rarement utilisé et ayant peu de support dans la littérature.<sup>2</sup>

### **Quels sont les critères diagnostiques de l'ARFID ?**

L'ARFID est défini comme une perturbation de la nutrition ou de l'alimentation dont voici les critères du DSM-5 :

- A. Un trouble de l'alimentation ou de l'ingestion d'aliments qui se manifeste par une incapacité persistante à atteindre les besoins nutritionnels et/ou énergétiques appropriés, associée à un (ou plusieurs) des éléments suivants :
  1. Perte de poids significative (ou incapacité d'atteindre le poids attendu, ou fléchissement de la courbe de croissance chez l'enfant)
  2. Déficit nutritionnel significatif
  3. Nécessité d'une nutrition entérale par sonde ou de compléments alimentaires oraux
  4. Altération nette du fonctionnement psychosocial
- B. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un manque de nourriture disponible ou par une pratique culturellement admise.
- C. Le comportement alimentaire ne survient pas exclusivement au cours d'une anorexie mentale (*anorexia nervosa*), d'une boulimie (*bulimia nervosa*), il n'y a pas d'argument en faveur d'une perturbation de l'image du corps (perception du poids ou de la forme).
- D. Le trouble de l'alimentation n'est pas dû à une affection médicale concomitante ou n'est pas mieux expliqué par un autre trouble mental. Lorsque le trouble de l'alimentation survient dans le contexte d'un autre trouble ou d'une autre affection, la sévérité du trouble de l'alimentation dépasse ce qui est habituellement observé dans ce contexte et justifie, à elle seule, une prise en charge clinique.

Pour illustrer le type de symptômes retrouvés habituellement chez les personnes présentant un ARFID, le DSM propose différents exemples dans son manuel :

1. Un *manque d'intérêt manifeste* pour l'alimentation ou la nourriture ;
2. Un évitement fondé sur les *caractéristiques sensorielles* de la nourriture, caractérisé par une alimentation sélective ; des aversions sensorielles à la nourriture ; qualification de « mangeur très difficile » et/ou une néophobie de nourriture ;
3. Une *préoccupation concernant les conséquences aversives* associée à une prise de nourriture, caractérisée par une réponse anxieuse/phobique qui affecte l'ingestion d'aliments.

Il a récemment été proposé de considérer ces présentations cliniques de manière dimensionnelle plutôt que catégorielle, c'est-à-dire que ces dernières peuvent coexister.<sup>3</sup>

## **Epidémiologie**

Etant donné que l'ARFID n'a été inclus que dès 2013 dans les manuels diagnostiques, les études épidémiologiques sont encore limitées à ce jour. A notre connaissance, aucune étude portant sur l'incidence de l'ARFID n'a été réalisée jusqu'ici. Les études concernant la prévalence de l'ARFID ont produit des estimations très différentes, avec des estimations de prévalence entre 0,3 et 22%. L'une d'elles a récolté ses données à l'aide de questionnaires remplis par des enfants âgés de 8 à 13 ans, scolarisés en école primaire en Suisse. Les résultats montrent que 3,2% d'entre eux remplissaient les critères d'un ARFID, résultats basés sur des symptômes auto-rapportés.<sup>4</sup> Contrastant avec ces derniers, une étude de cohorte d'adultes en Australie rapporte que seul 0,3% d'adultes remplissaient les critères d'un ARFID.<sup>5</sup> Les études de terrain effectuées pour l'élaboration du DSM-5 ont permis d'explorer la prévalence d'ARFID dans les établissements de soins secondaires et tertiaires.<sup>6-8</sup> Une étude rétrospective effectuée au Japon explorant les dossiers de sujets âgés de 15 à 40 ans sollicitant un traitement pour un TCA entre 1990 et 2005 a montré que 11% de ces sujets présentaient un diagnostic d'ARFID.<sup>9</sup> Dans la même lignée, la prévalence de ce diagnostic parmi des adolescents âgés de 7 à 17 ans et admis dans un hôpital de jour pour TCA était de l'ordre de 22,5%. Une série d'études de cas et d'études cliniques dans les centres de traitement pour TCA en Amérique du Nord conclut à des taux de prévalence similaires rapportant que 72 à 17,4% des patients des différents sites présentait un diagnostic d'ARFID.<sup>6-8</sup> Contrastant avec les prévalences de ces différentes recherches, une étude de cas rétrospective de 2231 patients consécutifs référés dans des services de gastroentérologie pédiatrique dans la région de Boston a conclu à une prévalence d'ARFID de seulement 1,5%.<sup>11</sup>

## **Evaluation**

Les outils disponibles pour évaluer la présence d'un ARFID sont actuellement peu nombreux. Il n'en existe aucun en français, mais certains sont déjà disponibles en anglais. Il existe deux questionnaires validés qui peuvent être utilisés comme instruments de dépistage : le Nine-item ARFID screen (NIAS)<sup>12</sup> et le Eating Disturbances in Youth Questionnaire (EDY-Q).<sup>13</sup> Au niveau des entretiens semi-structurés, il existe le Eating Disorder Assessment for DSM-5 (EDA-5)<sup>14</sup> qui évalue et diagnostique l'ARFID. Toutefois, la prudence reste de mise étant donné que la validité et la fidélité du diagnostic ARFID pour l'EDA-5 n'ont pas été testées à ce jour. Parmi les dernières mesures publiées, relevons le développement d'un module dans un questionnaire bien connu, l'Eating Disorders Examination (EDE), qui comprend maintenant une partie spécifique à l'ARFID (EDE-ARFID) qui a été évaluée récemment et dont la publication est en cours. Récemment, nous avons développé, avec une équipe internationale d'experts, un nouvel outil, le Pica ARFID and Rumination Disorder Interview (PARDI). Celui-ci a été conçu comme un entretien semi-structuré avec des versions spécifiques pour différents âges et pour les parents.<sup>15</sup> La validation et la fidélité de cet outil ont été soumises à évaluation, qui montre de bonnes propriétés psychométriques au travers des âges. Non seulement le PARDI permet le diagnostic de l'ARFID, mais il fournit également un score de sévérité et trois sous-échelles dimensionnelles supplémentaires qui explorent les trois présentations fréquentes de ce trouble : sensibilité sensorielle, manque d'intérêt/faible appétit, peur des conséquences aversives.

## **Diagnostic différentiel entre ARFID et autres TCA**

Le diagnostic différentiel entre l'ARFID et l'anorexie mentale peut être difficile, surtout face aux tableaux d'anorexie mentale sans peur intense de grossir et chez les enfants. Toutefois, contrairement à l'anorexie, l'ARFID est caractérisé par une absence d'inquiétudes quant à l'image corporelle et de craintes de prendre du poids. De plus, l'évitement des aliments n'est normalement pas lié à leur contenu calorique. A noter également que les patients présentant un ARFID sont généralement plus jeunes<sup>8-10</sup> et plus souvent de sexe masculin<sup>7,8,10</sup> que les patients présentant une anorexie mentale, mais ils ont souvent un IMC aussi bas que ces derniers.<sup>9</sup>

## **Comorbidités**

La pratique clinique montre que l'ARFID est souvent associé à d'importantes comorbidités, tant physiques que psychiatriques. En ce qui concerne les troubles somatiques, les troubles gastro-intestinaux tels que reflux gastro-œsophagien, maladie de Crohn, rectocolite hémorragique, maladie cœliaque, intolérances alimentaires et allergies, peuvent se présenter de manière concomitante avec un ARFID. Une étude a montré des taux de comorbidité somatique plus importants chez les enfants avec ARFID que dans les autres TCA (55% des cas).<sup>8</sup>

Parmi les troubles psychiatriques, les comorbidités les plus fréquentes sont les *troubles anxieux* (en particulier pour le tableau clinique avec préoccupation des conséquences aversives) et les *troubles du spectre autistique* (où l'on retrouve surtout les présentations avec sensibilité sensorielle). Par exemple, deux études investiguant les caractéristiques d'enfants et adolescents présentant un ARFID rapportent d'importants taux de troubles anxieux, particulièrement le trouble d'anxiété généralisée, qui se retrouvent chez 17,5 à 28,6% de ces enfants ou adolescents.

Pour rappel, comme spécifié dans les critères diagnostiques, si le trouble des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments, dans ce cas l'ARFID, se présente de manière concomitante avec une affection médicale ou un autre trouble psychiatrique, celui-ci ne peut être retenu comme diagnostic que si la sévérité de la perturbation de l'alimentation dépasse celle habituellement associée au trouble médical/psychiatrique et qu'il requiert une attention clinique supplémentaire.

## **Traitement**

Malgré le fait qu'aucune étude randomisée n'ait évalué les traitements disponibles pour l'ARFID, l'efficacité de différents traitements est actuellement en cours d'évaluation, que ce soit pour de nouveaux traitements basés sur une approche cognitivo-comportementale (TCC-AR)<sup>16</sup> ou pour des traitements déjà disponibles (par exemple, thérapie de famille). Notons que tout traitement pour un enfant ou un adolescent présentant un ARFID nécessitera une approche multidisciplinaire (comprenant au moins une approche psychiatrique, psychologique, pédiatrique et diététique), l'implication des parents, et quelques formes de principes comportementaux (incluant entre autres les techniques d'exposition ou le renforcement positif). Certaines interventions pharmacologiques, comme par exemple la cyproheptadine, ont été suggérées.<sup>17</sup>

## En quoi la prise en charge de l'ARFID diffère de la prise en charge de l'anorexie ?

Comme mentionné précédemment, ces deux troubles alimentaires impliquent des aspects psychologiques et somatiques importants, nécessitant ainsi tous deux une prise en charge multidisciplinaire, mais dont les focus seront différents. Sur le plan psychologique, la prise en charge proposée pour un ARFID sera généralement une thérapie cognitivo-comportementale nécessitant le soutien et l'implication des parents pour une application quotidienne des techniques apprises en thérapie. En ce qui concerne l'anorexie, la littérature soutient que la prise en charge la plus efficace pour des enfants et adolescents est une approche familiale de l'anorexie mentale (Family therapy for children and young people (FT-AN)).<sup>18,19</sup> Contrairement à l'anorexie mentale, qui requiert souvent des soins somatiques aigus, les soins somatiques de l'ARFID doivent cibler les déficiences nutritionnelles chroniques qui devraient être gérées initialement par des suppléments, puis par un travail de diversification du régime alimentaire.

### **Conclusion**

L'établissement de nouvelles catégories diagnostiques dans le chapitre des conduites alimentaires et de l'ingestion alimentaire, notamment celle de l'ARFID, ont permis d'obtenir une description plus spécifique des différentes difficultés alimentaires présentées par cette population. Le diagnostic différentiel peut être difficile, surtout lorsqu'il s'agit de faire la distinction entre un ARFID et une anorexie mentale chez les enfants prépubères. L'ARFID reste peu connu et peu étudié jusqu'ici, mais ce sujet représente un champ de recherche émergent laissant une ouverture et d'intéressantes perspectives pour le développement de traitements justifiés et appropriés.

#### **Vignette clinique 1**

Les parents de Samuel, un jeune garçon de neuf ans, sont très inquiets parce qu'il a perdu beaucoup de poids au cours des six derniers mois, suite à une restriction alimentaire importante. Sa pédiatre pense que celui-ci présente une anorexie mentale, raison pour laquelle elle réfère l'enfant dans une consultation pour troubles du comportement alimentaire. On apprend que depuis des mois, Samuel se nourrit seulement de purées et d'un certain type très précis de yaourt, avec une perte de poids significative (-5 kg), son poids est passé du 75<sup>e</sup> au 10<sup>e</sup> percentile. Le bilan sanguin montre une hémoglobine très basse. Les parents racontent qu'il y a 10 mois, Samuel était

dans un train où il s'est étouffé avec un bonbon, un épisode nécessitant l'arrêt du train et l'intervention d'un médecin. Dès son retour à domicile, Samuel mange de moins en moins varié. Lorsque les parents insistent pour qu'il mange plus diversifié et des aliments (solides), des colères éclatent. Dans l'anamnèse, on retrouve d'autres événements stressants ayant eu lieu dans les quatre derniers mois, notamment que la famille a déménagé et que Samuel a dû changer d'école. Dès lors, l'enfant refuse de manger quoi que ce soit d'autre que ses yaourts ou des purées. Les parents remarquent d'autres comportements : il est plus fermé, moins enjoué, et surtout il pleure souvent et ne veut pas aller à l'école.

L'équipe TCA a proposé une prise en charge de type cognitivo-comportementale, comprenant de la psychoéducation à l'enfant et aux parents sur l'ARFID, ses conséquences et la nutrition plus globalement pour favoriser l'engagement thérapeutique, puis différentes techniques TCC comme l'exposition progressive et le travail avec les croyances cognitives. Le premier objectif a été l'augmentation des proportions des aliments préférés de Samuel pour une reprise de poids et une exploration des premiers changements envisageables. Le thérapeute et la famille ont travaillé ensemble pour imaginer des stratégies pour diversifier progressivement le régime alimentaire de Samuel. Par exemple, ajouter progressivement des petits morceaux de pommes de terre dans la purée, puis au fur et à mesure diminuer la proportion de purée et augmenter les morceaux de pommes de terre. Pour un nouveau repas comme la pizza, ils ont essayé un petit élément à la fois (d'abord seulement un bout de croûte, puis la croûte avec du fromage, etc. jusqu'à une part entière). L'événement traumatisant a été travaillé et des stratégies de gestion de l'anxiété ont été proposées. Il a également été question d'investiguer d'éventuels facteurs de maintien, dont l'un était les négociations au moment de passer à table. Pour gérer cela, l'assiette de Samuel était déjà servie avant qu'il arrive à table. Au fur et à mesure de la thérapie, Samuel a repris du poids et a pu réintroduire progressivement des aliments solides et plus diversifiés à son régime alimentaire. Les séances ont été espacées progressivement et l'enfant et ses parents continuent d'utiliser les stratégies apprises pour de nouveaux aliments.

### **Vignette clinique 2**

Magalie est une fille de dix ans. Elle est adressée à une consultation TCA avec des difficultés alimentaires, en particulier une alimentation très rigide et un refus de tous fruits et légumes dans les six derniers mois. Ce comportement s'inscrit dans le cadre de difficultés prémorbides de l'enfance à manger des fruits et légumes, n'ayant mangé que des bananes et du concombre jusque-là.

Dernièrement, elle refuse même ces aliments et par conséquent ne mange plus aucun fruit ni légume. Le pédiatre et la famille sont inquiets, car le poids de Magalie a toujours été sur le 8<sup>e</sup> percentile et sa taille reste sur le 50<sup>e</sup> percentile. Magalie refuse maintenant d'aller au restaurant avec ses parents et elle ne veut plus aller dormir chez sa meilleure copine, car 'ils me demanderont sûrement de manger des légumes'.

Afin de mieux comprendre les difficultés de Magalie, l'équipe TCA a fait une évaluation plus précise des sensibilités sensorielles. La prise en charge psychothérapeutique était également d'orientation TCC, comme l'exposition progressive à des aliments évités. Les séances sont effectuées avec les parents avec l'exposition en séance et à la maison. Magalie a lentement réussi à augmenter la variété de légumes et fruits et à augmenter son poids jusqu'au 30<sup>e</sup> percentile.

**Conflit d'intérêts :** Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

### **Implications pratiques**

- L'ARFID débutant généralement chez les enfants relativement jeunes, il peut avoir des conséquences importantes et à long-terme que ce soit sur le plan physique (retard de croissance, dénutrition et risques somatiques associés), familial (anxiété des parents, disputes) ou social (par exemple, évitement de situations sociales autour de la nourriture avec retrait social progressif)
- Repérer et poser un diagnostic d'ARFID n'est pas tâche aisée, mais il est essentiel que les professionnels de la santé y soient sensibilisés, car une identification précoce est de prime importance au vu des conséquences physiques et psychosociales qu'il peut engendrer
- L'ARFID est un trouble qui se situe à cheval entre les troubles alimentaires de l'enfance et ceux plus généralement retrouvés à l'adolescence, comme l'anorexie mentale. Les études sur l'ARFID pourraient nous éclairer sur les mécanismes sous-jacents aux perturbations alimentaires et qui peuvent potentiellement se retrouver impliqués dans différents types de troubles alimentaires

### **Bibliographie**

- 1 American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition (DSM-5). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- 2 \* Bryant-Waugh R, Markham L, Kreipe RE, et al. Feeding and eating disorders in childhood. *Int J Eat Disord* 2010;43:98-111.
- 3 \*\*Thomas JJ, Lawson EA, Micali N, et al. Avoidant/restrictive food intake disorder: a three-dimensional model of neurobiology with implications for etiology and treatment. *Curr Psychiatry Rep* 2017;19:54.
- 4 Kurz S, van Dyck Z, Dremmel D, et al. Early-onset restrictive eating disturbances in primary school boys and girls. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2015;24:779-85.
- 5 Hay P, Mitchison D, Collado AEL, et al. Burden and health-related quality of life of eating disorders, including Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID), in the Australian population. *J Eat Disord* 2017;5:21.
- 6 Ornstein RM, Rosen DS, Mammel KA, et al. Distribution of eating disorders in children and adolescents using the proposed DSM-5 criteria for feeding and eating disorders. *J Adolesc Health* 2013;53:303-5.
- 7 Norris ML, Robinson A, Obeid N, et al. Exploring avoidant/restrictive food intake disorder in eating disordered patients: a descriptive study. *Int J Eat Disord* 2014;47:495-9.
- 8 \*Fisher MM, Rosen DS, Ornstein RM, et al. Characteristics of avoidant/restrictive food intake disorder in children and adolescents: a "new disorder" in DSM-5. *J Adolesc Health* 2014;55:49-52.
- 9 Nakai Y, Nin K, Noma SI, et al. Characteristics of avoidant/restrictive food intake disorder in a cohort of adult patients. *Eur Eat Disord Rev* 2016;24:528-30.
- 10 Nicely TA, Lane-Loney S, Masciulli E, et al. Prevalence and characteristics of avoidant/restrictive food intake disorder in a cohort of young patients in day treatment for eating disorders. *J Eat Disord* 2014;2:21.
- 11 Eddy KT, Thomas JJ, Hastings E, et al. Prevalence of DSM-5 avoidant/restrictive food intake disorder in a pediatric gastroenterology healthcare network. *Int J Eat Disord* 2015;48:464-70.
- 12 Zickgraf HF, Ellis JM. Initial validation of the Nine Item Avoidant/Restrictive Food Intake disorder screen (NIAS) : a measure of three restrictive eating patterns. *Appetite* 2018;123:32-42.
- 13 Hilbert A, van Dyck Z, 2016. Eating disorders in youth-questionnaire. English version. University of Leipzig: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:bsz:15-qucosa-197246>.
- 14 Sysko R, Glasofer DR, Hildebrandt T, et al. The eating disorder assessment for DSM-5 (EDA-5): Development and validation of a structured interview for feeding and eating disorders. *Int J*

Eat Disord 2015;48:452-63.

- 15 Bryant-Waugh R, Micali N, Cooke L, et al. Development of the Pica, ARFID, and Rumination Disorder Interview, a multi-informant, semi-structured interview of feeding disorders across the lifespan: A pilot study for ages 10-22. *Int J Eat Disord* 2018; epub ahead of print.
- 16 Thomas JJ, Eddy KT. *Cognitive-behavioral therapy for avoidant/restrictive food intake disorder: children, adolescents, and adults*. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 2019.
- 17 Sant'Anna AM, Hammes PS, Porporino M, et al. Use of cyproheptadine in young children with feeding difficulties and poor growth in a pediatric feeding program. *J Pediatr Gastr Nutr* 2014;59:674-8.
- 18 Eisler I, Simic M, Blessitt E, Dodge L, et al. *Maudsley service manual for child and adolescent eating disorders*. Disponible sur :  
[www.national.slam.nhs.uk/wpcontent/uploads/2011/11/Maudsley Service Manual for Child and Adolescent Eating Disorders July 2016.pdf](http://www.national.slam.nhs.uk/wpcontent/uploads/2011/11/Maudsley_Service_Manual_for_Child_and_Adolescent_Eating_Disorders_July_2016.pdf)
- 19 Eisler I. The empirical and theoretical base of family therapy and multiple family day therapy for adolescent anorexia nervosa. *J Family Ther* 2005;27:104-31.

\*à lire

\*\*à lire absolument

## QCM

### **ARFID - Le trouble de restriction ou évitement de l'ingestion des aliments**

#### **Un aperçu de ses caractéristiques cliniques et des connaissances actuelles**

Parmi les propositions suivantes à propos du diagnostic d'ARFID (Avoidant and Restrictive Food Intake Disorder), laquelle (lesquelles) est (sont) correcte(s) ?

- A. Peut se poser au même temps qu'un diagnostic d'anorexie mentale
- B. Ne peut pas être posé si l'enfant présente une pathologie somatique
- C. A une incidence encore mal connue
- D. N'est pas présent à l'âge adulte

Réponse correcte : C