



Journal Homepage: - [www.journalijar.com](http://www.journalijar.com)

## INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)

Article DOI: 10.21474/IJAR01/20684

DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/20684>



### RESEARCH ARTICLE

#### ASSOCIATION ENTRE SCHIZOPHRÉNIE ET ANOREXIE MENTALE : À PROPOS D'UN CAS

El Farricha Hannan, Simou Fakhita, Karroumi Saadia, Zainab Ennaciri, Fatima Zahra El Fahiri, Mohamed Barghalout, Adali Imane and Manoudi Fatiha

Equipe de Recherche Pour la Santé Mentale, Service Universitaire Psychiatrique, CHU Mohamed VI, Marrakech.

#### Manuscript Info

##### Manuscript History

Received: 25 January 2025

Final Accepted: 28 February 2025

Published: March 2025

#### Abstract

La schizophrénie et l'anorexie mentale sont deux troubles psychiatriques sévères qui peuvent coexister chez un même patient, bien que cette comorbidité soit rarement rapportée dans la littérature. La schizophrénie, caractérisée par des symptômes psychotiques tels que des hallucinations et des idées délirantes, et l'anorexie mentale, un trouble des conduites alimentaires marqué par une restriction alimentaire sévère et une peur intense de prendre du poids, partagent des caractéristiques communes, notamment des dysfonctionnements cognitifs et des altérations de la perception de soi. Cet article présente le cas d'une patiente de 21 ans suivie pour schizophrénie, hospitalisée pour une aggravation de ses symptômes psychotiques dans un contexte de dénutrition sévère liée à une anorexie mentale. Nous discutons les aspects diagnostiques, physiopathologiques et thérapeutiques de cette comorbidité complexe.

"© 2025 by the Author(s). Published by IJAR under CC BY 4.0. Unrestricted use allowed with credit to the author."

#### Introduction:-

La schizophrénie est un trouble psychiatrique chronique caractérisé par des symptômes positifs (hallucinations, idées délirantes), négatifs (apathie, retrait social) et cognitifs (troubles de l'attention, de la mémoire). Elle affecte environ 1 % de la population mondiale et entraîne une altération significative du fonctionnement social et professionnel. Les troubles des conduites alimentaires (TCA), tels que l'anorexie mentale, sont marqués par des comportements alimentaires anormaux, une distorsion de l'image corporelle et, dans le cas de l'anorexie, une restriction alimentaire extrême associée à une peur intense de prendre du poids. Ces troubles touchent principalement les jeunes femmes et sont associés à un taux de mortalité élevé en raison des complications médicales liées à la dénutrition. Bien que la schizophrénie et les TCA appartiennent à des catégories diagnostiques distinctes, leur cooccurrence est un sujet d'intérêt croissant. Sur le plan épidémiologique, la prévalence exacte de cette comorbidité reste mal définie en raison du faible nombre d'études spécifiques. Une revue de la littérature montre que les TCA, notamment l'anorexie mentale, sont plus fréquents chez les patients schizophrènes que dans la population générale, avec des estimations variant entre 1 % et 4 % selon les études (Seeman, 2014 ; Hoff et al., 2018). Une méta-analyse récente (Solmi et al., 2021) suggère que les patients atteints de schizophrénie présentent un risque accru de développer un TCA, potentiellement en lien avec des facteurs neurobiologiques et psychosociaux communs. Cependant, ces

**Corresponding Author:- El Farricha Hannan**

Address:- Equipe de Recherche Pour la Santé Mentale, Service Universitaire Psychiatrique, CHU Mohamed VI, Marrakech.

chiffres restent sous-estimés, car les symptômes alimentaires sont souvent masqués par la sévérité des manifestations psychotiques, rendant le diagnostic complexe. Ces deux troubles partagent des caractéristiques communes, notamment des altérations de la perception de soi, des dysfonctionnements cognitifs et des anomalies neurobiologiques impliquant les systèmes dopaminergique et sérotoninergique. La comorbidité entre schizophrénie et TCA pose des défis diagnostiques et thérapeutiques majeurs, les patients présentant souvent une symptomatologie complexe où les symptômes psychotiques interagissent avec les comportements alimentaires restrictifs. Cet article vise à explorer cette comorbidité à travers l'étude d'un cas clinique et à discuter des implications pour la prise en charge.

### **Observation:-**

Nous présentons le cas d'une patiente de 21 ans, Khadija, suivie pour schizophrénie depuis l'âge de 18 ans, hospitalisée pour une aggravation de ses symptômes psychotiques dans un contexte de dénutrition sévère. La patiente présente des antécédents de restriction alimentaire depuis l'âge de 14 ans, avec une peur intense de prendre du poids et une distorsion de l'image corporelle. Elle a été diagnostiquée avec une anorexie mentale à l'âge de 14 ans et a été hospitalisée pendant 3 mois en pédiatrie. Elle a été suivie en libéral pendant 4 ans, puis dans notre formation depuis 2 ans et demi.

À l'admission, la patiente présente un comportement alimentaire restrictif sévère, refusant de manger depuis 3 mois et pratiquant une activité physique excessive pour perdre du poids. L'examen psychiatrique révèle des propos délirants de persécution et d'ensorcellement envers sa famille, un syndrome hallucinatoire à type d'hallucinations intrapsychiques avec syndrome d'influence (la voix lui ordonnait de pratiquer des rituels comportementaux), et une discordance idéo-affective (elle rapporte la souffrance des rituels en riant). La patiente présente également un retrait social marqué et des troubles du jugement.

Le diagnostic de cette comorbidité a nécessité une démarche rigoureuse en raison de la complexité des symptômes et des diagnostics différentiels possibles. Parmi ceux-ci, un trouble obsessionnel-compulsif (TOC) a été envisagé en raison des rituels comportementaux, mais leur caractère imposé par une voix hallucinatoire et leur lien avec un syndrome d'influence ont orienté vers une origine psychotique plutôt qu'obsessionnelle.

Le syndrome d'influence, bien que caractéristique de certains tableaux psychotiques, a également été distingué d'un trouble dissociatif, car il s'inscrivait dans un tableau plus large de schizophrénie avec symptômes positifs et négatifs. Pour confirmer le diagnostic, l'échelle PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale) a été administrée, révélant un score total de 84/112, avec une prédominance des symptômes positifs (hallucinations, délires) et une atteinte significative des symptômes négatifs (retrait social, apathie). Ce score élevé a corroboré la sévérité de la schizophrénie, tandis que les critères du DSM-5 pour l'anorexie mentale (restriction alimentaire, peur du poids, distorsion corporelle) étaient également remplis, confirmant la comorbidité.

### **Évolution sous traitement :**

La patiente a été mise sous olanzapine, un antipsychotique atypique, avec une augmentation progressive de la posologie. L'évolution a été marquée par une nette amélioration des symptômes psychotiques et des troubles du comportement alimentaire.

Les idées délirantes et les hallucinations ont progressivement diminué, et la patiente a commencé à reprendre du poids grâce à une renutrition progressive sous surveillance médicale. Après plusieurs semaines de traitement, la patiente a montré une amélioration significative de son humeur et de son fonctionnement social, avec une réduction notable des rituels comportementaux et des préoccupations délirantes.

**Discussion:-**

La comorbidité entre schizophrénie et anorexie mentale est un phénomène complexe qui reste mal compris. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer cette association :

Dysfonctionnements neurobiologiques communs : Les deux troubles partagent des anomalies des systèmes dopaminergique et sérotoninergique. Dans la schizophrénie, une hyperactivité dopaminergique est impliquée dans les symptômes psychotiques, tandis que dans l'anorexie mentale, des altérations de la sérotonine sont associées aux troubles de l'humeur et des comportements alimentaires. Des études récentes suggèrent que les deux troubles pourraient partager des anomalies dans les circuits cérébraux impliqués dans la régulation de la récompense et de la motivation.

Altérations de la perception de soi : Les patients atteints de schizophrénie et d'anorexie mentale présentent souvent une distorsion de l'image corporelle et une perception altérée de la réalité. Ces altérations pourraient contribuer à la coexistence des deux troubles. Par exemple, les idées délirantes de persécution ou d'influence pourraient exacerber les comportements alimentaires restrictifs.

Facteurs psychosociaux : Des traumatismes précoces, des difficultés familiales ou des événements de vie stressants pourraient jouer un rôle dans le développement de cette comorbidité. Dans le cas de Khadija, l'absence de soutien familial et les difficultés scolaires pourraient avoir contribué à l'aggravation de ses symptômes.

Impact des traitements : Les antipsychotiques, souvent utilisés dans le traitement de la schizophrénie, peuvent avoir des effets secondaires métaboliques qui aggravent les troubles alimentaires. Cependant, certains antipsychotiques atypiques, comme l'olanzapine, peuvent également avoir un effet bénéfique sur l'appétit et la prise de poids, ce qui pourrait être utile dans la prise en charge de l'anorexie mentale. Dans le cas de Khadija, l'olanzapine a permis une nette amélioration des symptômes psychotiques et des troubles du comportement alimentaire, soulignant son utilité dans la prise en charge de cette comorbidité complexe.

La prise en charge de ces patients est complexe et nécessite une approche multidisciplinaire, associant psychiatres, nutritionnistes et psychologues. Les antipsychotiques, en particulier l'olanzapine, peuvent être utiles pour traiter à la fois les symptômes psychotiques et les troubles alimentaires, en raison de leurs effets sur l'appétit et la prise de poids. Cependant, il est essentiel de surveiller les effets secondaires métaboliques et de mettre en place une stratégie de renutrition progressive pour éviter les complications médicales.

**Conclusion:-**

La comorbidité entre schizophrénie et anorexie mentale est un phénomène rare mais complexe, qui pose des défis diagnostiques et thérapeutiques importants. L'épidémiologie de cette association reste peu documentée, mais les données disponibles soulignent une prévalence accrue chez les patients schizophrènes, nécessitant une attention clinique accrue. Une meilleure compréhension des mécanismes sous-jacents à cette association est nécessaire pour développer des stratégies de prise en charge adaptées. Les cliniciens doivent être vigilants face à cette comorbidité et adopter une approche multidisciplinaire pour optimiser les soins. Des études futures sont nécessaires pour explorer les mécanismes neurobiologiques sous-jacents et évaluer l'efficacité des traitements combinés. Le cas de

Khadija illustre l'importance d'une prise en charge précoce et adaptée, avec une nette amélioration sous olanzapine, soulignant l'intérêt de ce traitement dans la gestion de cette comorbidité.

**Références:-**

- Kaye WH, Fudge JL, Paulus M. New insights into symptoms and neurocircuit

function of anorexia nervosa. *Nat Rev Neurosci.* 2009;10(8):573-584.

- Treasure J, Claudino AM, Zucker N. Eating disorders. *Lancet.* 2010;375(9714):583-593.
- van Os J, Kapur S. Schizophrenia. *Lancet.* 2009;374(9690):635-645.
- Zipursky RB, Reilly TJ, Murray RM. The myth of schizophrenia as a progressive brain disease. *Schizophr Bull.* 2013;39(6):1363-1372.
- Attia E, Steinglass JE, Walsh BT, et al. Olanzapine versus placebo in adult outpatients with anorexia nervosa: A randomized clinical trial. *Am J Psychiatry.* 2019;176(6):449-456.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
- Seeman MV. Schizophrenia and eating disorders. *Psychiatr Q.* 2014;85(3):275-285.
- Hoff P, et al. Comorbidity of eating disorders and schizophrenia: A systematic review. *J Psychiatr Res.* 2018;105:1-9.
- Solmi M, et al. Prevalence of eating disorders in psychotic disorders: A meta-analysis. *Psychol Med.* 2021;51(5):754-763.