

À propos d'un cas : testez vos connaissances

Prise en charge initiale d'une anorexie mentale restrictive sévère

Initial management of severe restrictive anorexia nervosa

André Petit^{a,*}, Patrick Bachmann^c, Corinne Bouteloup^c, Esther Guex^c,
Didier Quilliot^c, Ronan Thibault^c, Gilbert Zeanandin^c

^a Unité de nutrition clinique, CHU de Rouen, 1, rue de Germont, 76031 Rouen cedex, France

^b Inserm UMR 1073 « nutrition, inflammation et dysfonction de l'axe intestin-cerveau », IRIB, université de Rouen, 22, boulevard Gambetta, 76183 Rouen cedex, France

^c Comité éducationnel et de pratique clinique de la SFNEP, France

Reçu le 15 octobre 2012 ; accepté le 25 février 2013

Disponible sur Internet le 10 avril 2013

Résumé

L'anorexie mentale restrictive de l'adulte est un trouble du comportement alimentaire que l'on rencontre quotidiennement dans les consultations de nutrition et régulièrement dans les consultations de médecine générale. Souvent dans le déni, les patients sont amenés à consulter tardivement avec des conséquences nutritionnelles et métaboliques qui peuvent engager le pronostic vital. Bien que de nosographie psychiatrique, la prise en charge multidisciplinaire est fortement recommandée. Le cas clinique suivant présente une patiente âgée de 20 ans, adressée en consultation de nutrition par son médecin traitant pour « anorexie mentale depuis six mois suite à une rupture sentimentale » avec perte de poids de 12 kg en huit mois.

© 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Anorexie mentale ; Dénutrition ; Trouble du comportement alimentaire ; Syndrome de renutrition

Abstract

Adult restrictive anorexia nervosa is an eating disorder encountered in daily practice as well for the nutrition specialists as for the general practitioners. Patients, who often deny the disease, generally consult lately and at this time nutritional and metabolic consequences could be life-threatening. Although psychiatric nosology, the multidisciplinary approach is strongly recommended. The following clinical case presents a 20-year-old patient addressed to a nutrition consultation with a 12 kg weight loss over 8 months due to “anorexia nervosa evolving for 6 months and following a sentimental break”.

© 2013 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Anorexia nervosa; Malnutrition; Eating disorder; Refeeding syndrome

1. Introduction

L'anorexie mentale est un trouble du comportement alimentaire (TCA) qui toucherait, selon les critères du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV), 0,9 à 1,5 % des femmes et 0,25 à 0,3 % des hommes [1]. Dans cette pathologie d'origine complexe associant des troubles psychiatriques,

somatiques, génétiques et comportementaux, on distingue une forme « restrictive pure » où la perte pondérale est due à une restriction alimentaire souvent associée à une hyperactivité physique [2]. Les conséquences de la dénutrition sévère consécutive à la restriction sont d'ordres métaboliques, digestives, comportementales et hormonales [3]. Au fur et à mesure de la dénutrition, on observe une adaptation métabolique qui, associée au déni de la pathologie, amène les patients à consulter tardivement.

Le cas clinique présenté ici est typique de cette situation.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : andre.petit@chu-rouen.fr (A. Petit).

2. Observation

Une jeune patiente âgée de 20 ans est adressée en consultation de nutrition par son médecin traitant pour amaigrissement de 12 kg en huit mois « suite à une rupture sentimentale ». La patiente fume cinq cigarettes par jour et suit des études supérieures. Elle vit chez ses parents et a deux sœurs sans antécédents particuliers. La patiente décrit un moral fluctuant et « se coupe » de plus en plus de ses amis. Elle dit être très attentive à son alimentation et pratiquer trois-quarts d'heure de footing tous les jours. Elle ne semble pas inquiète de cette perte de poids. Elle pèse habituellement 55 kg pour 1m68 (indice de masse corporelle [IMC] à 19,5). Lors de la consultation, l'examen retrouve un poids à 43 kg soit un IMC à 15. La pression artérielle est à 110/60 mmHg et le pouls à 50/min. Son médecin traitant lui a fait faire un bilan biologique qui est normal ainsi qu'une échographie abdominale et une fibroscopie œsogastroduodénale sans particularité.

3. Question 1. Quelles questions posez-vous à la patiente pour conforter votre diagnostic ?

Quelles sont les réponses exactes ?

- Vous faites-vous vomir parce que vous vous sentez mal d'avoir trop mangé ?
- Vous inquiétez-vous d'avoir perdu le contrôle de ce que vous mangez ?
- Avez-vous récemment perdu plus de 6 kg en trois mois ?
- Pensez-vous être grosse alors que d'autres vous trouvent trop mince ?
- Diriez-vous que la nourriture domine votre vie ?

Les réponses exactes sont : a, b, c, d, e.

Commentaires : Ces questions sont celles du SCOFF-F (version française du questionnaire Sick, Control, One Stone, Fat, Food). Ce test de dépistage des troubles du comportement alimentaire a montré son efficacité à déterminer des désordres alimentaires chez les femmes adultes. Pour l'anorexie mentale, ce score est très sensible (94,6 %) et spécifique (94,8 %). Il ne pose pas clairement le diagnostic mais détecte l'existence d'un trouble du comportement alimentaire. Il est bien adapté en dépistage.

4. Question 2. Vous suspectez une anorexie mentale. Quels autres signes recherchez-vous à l'interrogatoire pour conforter votre hypothèse ?

Quelles sont les réponses exactes ?

- Aménorrhée secondaire.
- Hyperinvestissement physique et/ou intellectuel.
- Perte d'appétit.
- Refus de prendre du poids.
- Migraine.

Les réponses exactes sont : a, b, d.

Commentaires :

- la réponse « a » est vraie : l'aménorrhée est secondaire à une insuffisance gonadotrope centrale à l'origine d'une anovulation chronique. Dans l'anorexie mentale, cette aménorrhée peut être primaire ou secondaire. Elle peut également précéder, suivre ou être contemporaine de la perte de poids ;
- la réponse « b » est vraie : l'hyperinvestissement physique et/ou intellectuel est très fréquemment rencontré. Parmi les groupes à risque de développer des TCA, on compte notamment les sportifs, particulièrement de compétition, ainsi que les danseuses. L'hyperinvestissement intellectuel notamment scolaire fait partie des critères diagnostiques de l'anorexie mentale ;
- la réponse « c » est fautive : il n'existe pas de perte d'appétit mais plutôt un déni de la faim et une restriction ;
- la réponse « d » est vraie : le refus de prise pondérale est un élément pathognomonique de la pathologie. Il est présent même à un stade très avancé et fait partie du déni ;
- la réponse « e » est fautive : la migraine n'est pas plus présente chez les patients anorexiques que dans la population générale et il n'a pas été mis en évidence de lien entre dénutrition et migraine. En revanche, ce symptôme peut amener à rechercher une tumeur cérébrale.

L'interrogatoire retrouve une restriction alimentaire volontaire, sans vomissement, depuis six mois. Il ne semble pas exister d'antécédent de TCA dans l'enfance ou l'adolescence. La patiente présente une aménorrhée depuis quatre mois. Elle ne rapporte aucun autre symptôme, en particulier digestif. L'examen clinique relève une fonte adipo-musculaire majeure, l'absence d'adénopathie ou d'hépatosplénomégalie. Le bilan biologique incluant numération formule sanguine, plaquettes, taux de prothrombine, albuminémie, transaminases, GGT et phosphatases alcalines, est normal.

Aux termes de vos investigations, vous retenir le diagnostic d'anorexie mentale.

5. Question 3. Quels examens complémentaires vous manquent pour apprécier la gravité ?

Quelles sont les réponses exactes ?

- Impédancemétrie corporelle.
- Phosphorémie.
- Glycémie.
- Kaliémie.
- Créatininémie.

Les réponses exactes sont : b, c, d, e.

Commentaires :

- la réponse « a » est fautive : la composition corporelle par impédancemétrie affinera les données mais l'examen clinique suffit pour juger de la sévérité de la dénutrition ;
- les réponses « b » et « d » sont vraies : la phosphorémie et la kaliémie sont deux éléments importants à prendre en compte

notamment lors de la prise en charge initiale avant toute renutrition afin d'éviter un syndrome de renutrition. Pour les patients se faisant vomir, la surveillance étroite de la kaliémie est indispensable. L'hypophosphorémie, l'hypokaliémie et l'hypomagnésémie font partie des critères d'hospitalisation ;

- les réponses « c » et « e » sont vraies : une glycémie inférieure à 0,6 g/L fait également partie des critères d'hospitalisation, tout comme une clairance de la créatininémie inférieure à 40 mL/min.

Un suivi psychiatrique est initié mais la patiente ne se présente plus aux rendez-vous après la deuxième séance. Elle est admise aux urgences quelques semaines plus tard, à la demande de son médecin traitant, pour malaise. Le poids est à 37 kg (IMC = 13,2), la pression artérielle à 88/60 mmHg et la fréquence cardiaque à 42/min. Les anomalies retrouvées au bilan biologique sont les suivantes : hypokaliémie à 2,8 mmol/L, hypomagnésémie à 0,65 mmol/L, ASAT à 4 fois la normale (4 x N), ALAT = 3 x N, PAL = 1,5 x N, glycémie à 3,7 mmol/L, clairance de la créatinine à 50 mL/min. L'ECG montre un rythme régulier, sinusal sans trouble de la repolarisation.

6. Question 4. Parmi les propositions suivantes, quelle est la prise en charge appropriée ?

Quelle est la réponse exacte ?

- Hospitalisation en médecine.
- Hospitalisation de jour.
- Retour à domicile avec repos strict.
- Hospitalisation en psychiatrie.
- Hospitalisation à domicile.

La réponse exacte est : a.

Commentaires : selon les critères de la Haute Autorité de santé, la patiente relève d'une hospitalisation puisqu'il existe :

- un IMC inférieur à 14 ;
- une pression artérielle inférieure à 90/60 mmHg ;
- une hypokaliémie inférieure à 3 mmol/L.

En cas de perturbations graves (hypokaliémie sévère avec troubles du rythme cardiaque, cytolysé hépatique importante (> 10 x N) avec signes biologiques d'insuffisance hépatocellulaire) ou de défaillance d'organe (insuffisance cardiaque décompensée, défaillance multiviscérale, infections sévères, atteinte neurologique centrale et/ou périphérique) pouvant engager le pronostic vital, la patiente doit être hospitalisée dans un service de réanimation médicale [4].

Dans les autres cas et selon les habitudes des équipes, la patiente est hospitalisée dans un service de médecine (idéalement spécialisée en nutrition) afin de débiter une renutrition adaptée.

7. Question 5. Quelle stratégie nutritionnelle mettez-vous en place ?

Quelle est la réponse exacte ?

- Alimentation enrichie avec fiche de surveillance alimentaire.
- Complémentation nutritionnelle orale.
- Nutrition entérale continue.**
- Nutrition entérale nocturne.
- Nutrition parentérale.

La réponse exacte est : c.

Commentaires :

- les réponses « a » et « b » sont fausses : ces réponses ne peuvent être retenues car la patiente est très restrictive et la dénutrition sévère ;
- la réponse « c » est vraie : dans ce contexte de dénutrition sévère avec critères de gravité chez cette patiente très restrictive, **la renutrition doit se faire par voie entérale en continue.** La renutrition entérale doit être mise en place de telle sorte qu'elle ne soit pas vécue comme un procédé punitif mais comme moyen thérapeutique [5]. **Afin d'améliorer l'acceptabilité et la tolérance, il est nécessaire de recourir à une sonde de petit calibre (charrière 8 à 10 maximum) ;**
- la réponse « d » est fautive : l'utilisation d'une nutrition entérale nocturne ne permet pas, dans ce contexte, à elle seule, de couvrir l'ensemble des apports quotidiens et expose davantage au risque de syndrome inapproprié de renutrition ;
- la réponse « e » est fautive : la nutrition parentérale ne doit pas être retenue pour deux raisons : Premièrement, le tube digestif est fonctionnel et la dénutrition n'est pas secondaire à des troubles d'absorption du tube digestif. Deuxièmement, le risque infectieux est majoré chez les patients sévèrement dénutris, d'autant plus sous nutrition parentérale.

Après correction des troubles ioniques et apport en micronutriments, une sonde nasogastrique de faible calibre est mise en place et la nutrition entérale est débutée en continu avec une pompe.

8. Question 6. A quel apport calorique quotidien débutez-vous la nutrition entérale ?

Quelle est la réponse exacte ?

- 20–30 kcal/kg de poids idéal.
- 10–15 kcal/kg de poids idéal.
- 20–30 kcal/kg de poids actuel.
- 10–15 kcal/kg de poids actuel.**
- Inférieur à 10 kcal/kg de poids réel.

La réponse exacte est : d.

Commentaires : compte tenu de l'ancienneté de la dénutrition et de sa sévérité, le risque de syndrome de renutrition inappropriée est élevé [6]. La patiente rentre en effet dans la

catégorie des patients à haut risque : dénutrition chronique sur restriction avec IMC inférieur à 16 [7]. Il est conseillé de débiter la nutrition avec des apports énergétiques compris entre 10 et 15 kcal/kg par jour en veillant à ne pas dépasser 500 kcal par jour, pendant les trois premiers jours. Ces apports sont ensuite augmentés progressivement pour atteindre 30 kcal/kg par jour en dix à 15 jours.

9. Question 7. Dans cette situation, quels éléments devez-vous particulièrement surveiller ?

Quelles sont les réponses exactes ?

- a. Kaliémie.
- b. Magnésémie.
- c. Phosphorémie.
- d. Rythme cardiaque.
- e. Apparition d'œdèmes.

Les réponses exactes sont : a, b, c, d, e.

Commentaires : la surveillance doit être clinique et biologique et faite quotidiennement jusqu'à l'atteinte des apports caloriques cibles. En effet, le risque de syndrome de renutrition inappropriée est élevé dans cette situation (cf. supra). Il doit être suspecté sur l'apparition de signes cliniques tels que des œdèmes, une tachycardie ou une dyspnée et la survenue d'anomalies biologiques telles que hypophosphorémie, hypokaliémie, et hypomagnésémie. La surveillance biologique est donc primordiale. Dans les dénutritions très sévères, le risque élevé d'hypophosphorémie conduit habituellement à une prescription

systematique de phosphore, en l'absence de contre-indication, et ce même en l'absence d'hypophosphorémie initiale. L'apport de magnésium et potassium est effectué en cas de déficits pré-existants.

À la suite de cette hospitalisation pour renutrition, la poursuite de la prise en charge doit être organisée avec une équipe spécialisée ambulatoire ou en service de soins de suite, en fonction de la situation du patient.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Simon Y. Épidémiologie et facteurs de risque psychosociaux dans l'anorexie mentale. *Nutr Clin Met* 2007;21:137–42.
- [2] Rigaud D. Conséquences métaboliques de l'anorexie mentale. *Nutr Clin Met* 2007;21:159–65.
- [3] Déchelotte P, Grigioni S, Fetissov S. Conséquences digestives de l'anorexie mentale. *Nutr Clin Met* 2007;21:166–71.
- [4] Casiero D, Frishman WH. Cardiovascular complications of eating disorders. *Cardiol Rev* 2006;14:227–31.
- [5] Haute autorité de santé. Anorexie mentale : prise en charge. Recommandations de bonne pratique, juin 2010.
- [6] Barras-Moret AC, Guex E, Coti Bertrand P. Le syndrome de renutrition inappropriée : la clé du traitement est la prévention. *Nutr Clin Met* 2011;25:86–90.
- [7] National institute for health and clinical excellence. Nice clinical guideline 32. Nutrition support adults: oral nutritional support, enteral tube feeding and parenteral nutrition. National collaborating centre for acute care; 2006.