

Troubles du Comportement Alimentaire (TCA)

Objectifs pour l'interne

- Dépister un TCA
- Écarter le diagnostic différentiel d'une « cachexie-anorexie » symptôme d'une affection organique
- Reconnaître un syndrome de renutrition inappropriée
- Réalimenter le patient de manière adéquate
- Créer un lien thérapeutique et encadrer la famille et l'équipe soignante
- Participer aux colloques pluridisciplinaires (lundi, à 11h15 et les jeudi, à 16h15) : présenter le patient, ses progrès et le projet, etc. Puis, mettre à jour le cadre de prise en charge imposé au patient (progression, laissez-passer [gatepasses en anglais]).

Définition

Les troubles du comportement alimentaire impliquent des troubles persistants de l'alimentation ou du comportement liés à l'alimentation qui :

- altèrent la consommation ou l'absorption des aliments
- entravent sérieusement la santé physique et/ou le fonctionnement psychosocial

Le DSM-5 définit 7 troubles de l'alimentation et du comportement alimentaire différents :

- l'anorexie mentale
- la boulimie, qui se caractérise par la présence des épisodes récurrents d'hyperphagie et des épisodes récurrents « compensatoires », destinés à éviter la prise du poids
- l'accès hyperphagique, qui se caractérise par la présence de compulsions alimentaires, mais sans méthodes compensatoires
- le trouble de l'alimentation restrictive et évitant (ARFID)
- la pica, autrement dit l'ingestion de substances non comestibles
- le mérycisme, c'est-à-dire la présence de régurgitations et de remastication
- les troubles du comportement alimentaire non-spécifiés (nous distinguons pour exemple l'anorexie mentale atypique ou le trouble de l'alimentation nocturne)

Dépistage / signes évocateurs d'une anorexie mentale

Rechercher les symptômes compensatoires ; ex. : hyperactivité physique.

Chez l'enfant prépubère

- Ralentissement de la croissance staturale avec stagnation ou perte de poids
- Nausées ou douleurs abdominales répétées

Chez l'adolescent

- Adolescent amené par ses parents pour un problème de poids, d'alimentation ou d'anorexie
- Retard pubertaire
- Aménorrhée (primaire ou secondaire) ou des cycles irréguliers (spanioménorrhée) plus de 2 ans après les premières règles

Diagnostic de l'anorexie mentale (DSM-5)

- restriction des apports alimentaires et énergétiques menant à un poids inférieur au poids normal pour le sexe, l'âge et la taille ;
- peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, malgré une insuffisance pondérale ;
- 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.

Nous distinguons deux types d'anorexie mentale :

1. **type restrictif** : pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale, le sujet restreint intensément son alimentation et 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, ou autres médicaments) ;
2. **type avec crises de boulimie/vomissements ou prise de purgatifs** : pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale, le sujet restreint intensément son alimentation et a, de manière régulière, présenté des crises de boulimie et/ou recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs (laxatifs, diurétiques, lavements, autres médicaments).

Clinique de l'anorexie mentale

AU NIVEAU PHYSIQUE

- amaigrissement important
- bradycardie, hypotension avec vertiges ; ne pas oublier de rechercher une péricardite ou un prolapsus mitral.
- frilosité, acrocyanose
- fatigue, voire asthénie
- constipation
- douleur abdominale (pince mésentérique !), sensation de plénitude, satiété précoce (causée par la diminution de la vidange gastrique)
- aménorrhée
- lanugo

AU NIVEAU PSYCHIQUE

- Comportements répétitifs
- Ruminations obsédantes autour de la nourriture, et parfois du poids et du corps
- Très souvent, baisse thymique, isolement, troubles du sommeil, irritabilité
- anxiété sociale et anxiété généralisée

Diagnostic différentiel

ORGANIQUE

- Néoplasie
- Infection chronique (*H. pylori*, Tuberculose, etc.)
- Maladie systémique et inflammatoire (Maladie de Crohn, etc.)
- Maladie auto-immune : Hyperthyroïdie, Diabète
- Malabsorption : maladie cœliaque

PSYCHIATRIQUE

- Dépression majeure
- Trouble obsessionnel compulsif
- Autres TCA
- Psychose (délire d'empoisonnement)

Critères d'hospitalisation

- **AVERTISSEMENT** : La présence d'un seul critère ne suffit pas nécessairement à motiver l'hospitalisation. C'est la combinaison des signes dans un tableau général et évolutif donné qui guide la décision.
- Toujours informer l'équipe AliNEA. Contact secrétariat : 022 372 24 28.
- <https://www.hug-ge.ch/psychiatrie-enfant-adolescent/consultation-alinea>

Hospitalisation déjà indiquée pour une autre pathologie !

Exemples : pancréatite aiguë, syndrome occlusif, vomissements incoercibles, convulsion, infection, défaillance d'organe (insuffisance rénale ou hépatique, etc.), ...

Comorbidité médicale pouvant compliquer la prise en charge

Exemples : diabète, maladie de Crohn, etc.

Instabilité médicale

ANAMNESTIQUES

- Perte de poids rapide : plus de 2 kg / semaine
- Refus de manger : aphagie totale
- Refus de boire avec déshydratation clinique (perte de poids > 10 %) ou biologique (créatininémie > 100 µmol/l)
- Lipothymies ou malaises d'allure orthostatique

CLINIQUES

- EBW¹ < 75 %
- Bradycardie : fréquence cardiaque (FC) < 40 / min à tout moment de la journée, mesurée couchée, après 5 min. de repos
- Tachycardie relative : FC > 100 / min
- Tension artérielle (PA) basse : TA < 80/40 mmHg symptomatique
- Hypotension orthostatique : augmentation de la FC > 30 / min ou diminution de la TA systolique de 20 mmHg dans les 3 min. d'orthostatisme.
- Hypothermie : T < 35 °C

PARA-CLINIQUES

- Hypoglycémie : < 4 mmol/l et symptomatique
- Trouble électrolytique ou métabolique sévère ; en particulier :
 - o K⁺ < 3 mmol/l
 - o Mg²⁺ < 0.6 mmol/l
 - o Na⁺ < 130 mmol/l ou > 150 mmol/l
 - o Ca²⁺ < 2 mmol/l
 - o PO₄³⁻ < 0.8 mmol/l
- Cytopénie sévère ; en particulier :
 - o Neutrophiles < 1 G/l avec fièvre ou altération de l'état général.
 - o Hb < 9 g/L et symptomatique (ex : tachycardie)
 - o Plaquettes < 100 G/l
- ECG : QTc > 440 ms, arythmie non sinusale

Comorbidité psychiatrique et/ou socio-environnementale (indication pour hospitalisation psychiatrique)

RISQUE SUICIDAIRE

- Tentative de suicide
- Plan suicidaire précis
- Automutilations répétées

ECHEC DE TRAITEMENTS ANTERIEURS

- Échec des soins ambulatoires (aggravation ou chronicisation) : perte ou stagnation pondérale malgré un traitement ambulatoire intensif / maximal.

CAS PARTICULIER : AliNEA non joignable (consultation après 18 h, le week-end, etc.)

GARDER AU LHCD, dans l'attente d'un contact avec AliNEA (cindy.soroken@hcuge.ch ET nadia.micali@hcuge.ch), les patients ayant au moins 2 des critères suivants :

- EBW < 75 % ;
- Amaigrissement > 10-15 % du poids maximal (d'autant plus que la perte de poids est rapide) ;
- FC < 45 / min (mesurée couchée, au repos après minimum 10 min) ;
- Notion de malaises.

DPI : Documentation d'AliNEA**Si intervention comme « consultant », pendant une hospitalisation**

→ Dans « **NdS** », note de consultant.

Si recherche d'informations sur le suivi ambulatoire

→ Évaluation initiale et suivi disponibles dans « **R** » avec le mot clef « AliNEA ».

Prise en charge hospitalière DE L'ANOREXIE MENTALE**Évaluation initiale****ANALYSE DE SANG**

- Formule sanguine complète
- VS, CRP
- Glucose
- Ions : Na⁺, K⁺, Cl⁻, HCO₃⁻, Ca²⁺, Mg²⁺, Phosphate
- urée, créatinine,
- protéines, albumine
- Tests hépatiques : ASAT, ALAT, gGT, PAL, Bilirubine
- Ferritine
- Vitamines : B9 (folate), B12, holo-transcobalamine, et 25-OH-Vit. D
- TSH, T3, T4
- Dosage Ig A + Ac anti-transglutaminase
- Si suspicion ou anamnèse de comportement purgatif : amylase
- Si, **au cours de la renutrition**, trouble de la cicatrisation ou des phanères : Zinc, Sélénium.

ANALYSE D'URINE

- Si suspicion de potomanie ou pour évaluer une insuffisance rénale : densité urinaire, Na⁺

ECG

- si FC < 50 / min : évaluation du QTc, rythme

OSTEO-DENSITOMETRIE

- si aménorrhée secondaire > 6 mois
- ou si IMC < P3 depuis >= 1 année

N.B. : à répéter tous les 2 ans tant que IMC < P10, ou si persistance de l'aménorrhée secondaire.

Prise en charge pédo-psychiatrique

Une évaluation et un suivi pédopsychiatrique sont exigés pour tout patient hospitalisé pour un trouble du comportement alimentaire. Elle est garantie par l'équipe multidisciplinaire de la consultation AliNEA (médecin interne et psychologue). L'équipe pédopsychiatrique travaille en concertation avec l'équipe de pédiatrie.

- Rechercher les comorbidités psychiatriques (dépression et anxiété en particulier)
- Évaluer systématiquement le **risque suicidaire**.
- Mise en place de la prise en charge du TCA si le patient n'est encore pas connu par AliNEA

La prise en charge est bifocale :

1. **suivi individuel (max. 2 / semaine)**: il se concentre sur la **motivation**, la **thymie** et le support des **aspects concrets de l'hospitalisation**.
2. **suivi familial (1 / semaine)**: il se concentre sur le **cadre**, la **psycho-éducation** et **l'évolution** de la prise en charge.
 - a. Si le patient est déjà connu d'AliNEA : c'est une continuation de la thérapie ; volontiers entretien commun medecins B2, psy et famille.
 - b. Si le patient n'est pas connu d'AliNEA : la famille doit être évaluée la semaine suivant l'hospitalisation.

N.B. : L'équipe pédopsychiatrique se charge des contacts avec l'équipe infirmière de l'étage, en ciblant les aspects plus concrets du quotidien pendant le séjour.

PRISE EN CHARGE PSYCHO-PHARMACOLOGIQUE

- **Pas de consensus** pour les traitements pharmacologiques des troubles alimentaires chez les enfants et les adolescents.
- Pour l'anorexie mentale : aucun **traitement pharmacologique reconnu efficace**.
- Un traitement médicamenteux est normalement considéré pour traiter les **comorbidités** liées au trouble alimentaire (dépression, ruminations anxieuses, TOC).
- Le traitement médicamenteux est toujours prescrit après une évaluation pédopsychiatrique.
CAVE : Importance de restaurer le poids puis de réévaluer situation avant introduction traitement

Méthode de réalimentation

CADRE (→ voir aussi guide de prise en soin)

- Le patient n'a pas le choix du repas (il vient par défaut).
- **3 repas / jour (30 min. chacun)** (supervisée par équipe soignante)
- **+ 2 collations / jour (20 min. chacune)**
- **Pas d'accès aux WC dans les 30 min.** qui suivent un repas ou une collation
- **Pesées 2 fois/semaine**

OBJECTIF

- Sortir de la « zone dangereuse » c'est-à-dire corriger l'instabilité médicale avant tout (en débutant une réalimentation à cette fin).

SUPPLEMENTATIONS ET MICRONUTRIMENTS

- Systématiquement, **Phosphate per os 500 mg, 2 fois par jour, pendant 5-7 jours**
- Systématiquement, **Thiamine (= Vitamine B1 ; Benerva®) en IV : 300 mg, 1 fois par jour, pendant 3 jours (1ère dose avant le début de la renutrition)**
- **Multivitamines avec d'autres minéraux :**
Becozym forte® : 1 dragée, 3 fois par jour, jusqu'à ce que les apports caloriques soient de 2'500 kcal / jour.
ET Supradyn® : 1 cpr, 1 fois par jour, jusqu'à ce que les apports caloriques soient de 2'500 kcal / jour.
ET si aménorrhée secondaire, alors ajouter aussi Calcimagon D3® 1000 mg / 800 UI : 1 cp, 1 fois par jour, jusqu'au retour des règles (ou selon les résultats de l'ostéodensitométrie).
- Selon les résultats des examens de laboratoires, ajouter les suppléments ad hoc (potassium, magnésium, zinc, etc.)

NUTRIMENT (PER OS)	NOM DU PRODUIT	POSOLOGIE	DURÉE	REMARQUE
Potassium	Potassium Hausmann efferv. 30mmol cp (→ contient citrate si effet alcalinisant recherché) KCl retard cp 10mmol/dragée	Selon les besoins et sous surveillance		Avaler les cpr. en position assise sans les croquer, ni les sucer
Phosphate	Sodium phosphate 500 mg/cp eff.	1-2 cpr/jour	Selon besoins	Avec les repas
Magnésium	Mg5Longoral granul (5mmol)	< 12ans : ½ cp 1-3 fois par jour > 12ans : 1cp 1-3fois par jour	Selon besoins	Avant les repas
Calcium vitamine D	Calcimagon-D3 500mg/800UI ou 1g/800UI (forte)	1cp par jour	Selon besoins	D'office si aménorrhée 2 nd
Vitamines et Oligoéléments	Supradyn	1 cp/jour	Max. 14 jours	Avec repas
	Vit.B1	300 mg/jour en IV	3 jours	-
	Becozyne forte	1 dragée x3 /jour	Max. 14 jours	-

ALIMENTATION

- Principes généraux :
 - o Augmentation progressive des apports caloriques per os, par palier (« meal plan ») ; commandé par la diététicienne :
 - “ROUGE” = 1’500 kcal
 - “JAUNE” = 2’000 kcal
 - “VERT” = 2’500 kcal
 - o Si nécessaire, compléter avec un **Supplément Nutritionnel Oral (SNO)** (ex. : 2,4 kcal/ml **Fortimel® Compact Fibre** 125ml) : 1 à 8 / jour
 - o Si alimentation entérale, utiliser **Isosource Junior®** (1,22 kcal/ml).
- L'équipe pédopsychiatrique se charge d'organiser des repas thérapeutiques avec le patient et sa famille pendant l'hospitalisation.
- Selon l'évaluation du **risque de syndrome de renutrition inapproprié¹**, débiter avec plus ou moins de prudence et réévaluer périodiquement :

¹ cf. plus loin dans le document.

RISQUE de Syndrome de Renutrition Inapproprié	Si instabilité médicale (FC < 50/min ; T < 35°C ; TA < 80/40 mmHg)	si FC > 50 / min en journée	si maintien de la FC > 50 / min, 2 jours de suite	si maintien de la FC > 50 / min, > 2 jours de suite
Élevé ou âge < 12 ans Ou < 30 Kg	SNG sur 20 h (12h → 08h idéalement) 500 kcal/j + 250 kcal/j, tous les 2 jours ; cible = 2'500 kcal/j	SNG nocturne (sur 10 h) 1'000 kcal/j +	SNG nocturne (sur 5 h) 500 kcal/j +	2'500 kcal/j po (meal plan VERT)
Modéré	SNG sur 20 h (12h → 08h idéalement) 1'200 kcal/j + 250 kcal/j, tous les jours ; cible = 2'500 kcal/j	1'500 kcal/j po* (meal plan ROUGE)	2'000 kcal/j po* (meal plan JAUNE)	(ablation de la SNG)
Léger	NON APPLICABLE	2'500 kcal/j PO (meal plan VERT)		

* : si repas per os non terminé, alors compléter par des bolus dans la SNG pour atteindre les apports cibles.

HYDRATATION

Sauf contre-indication particulière, pas de restriction ; environ 40ml/kg/jour, à réduire de ½ si hyponatrémie.

Surveillance

HEMODYNAMIQUE

- Paramètres vitaux : **3 à 4 fois par jour**
- Poids : 2 fois par semaine (le lundi et le jeudi : jours de colloque) **ET** le jour de la sortie.
 - o **SAUF si variation de poids inexplicée** (surveillance à la discrétion du médecin référent)
 - o Condition de réalisation = **le matin, à jeun, après la 1ère miction**, en chemise d'hôpital.
 - o N.B. : éventuellement, en profiter pour faire une densitométrie urinaire.
- Si FC < 40 / min, Saturation en continu la nuit pendant 2 nuits consécutives
- Si FC nocturne **< 35 / min** :
 - o Si alimentation entérale (SNG) en place, poursuivre la surveillance
 - o Si absence d'alimentation entérale (pas de SNG), réveiller le patient et lui donner 2 (max. 3) Fortimel® Compact Fibre 125ml.
- Si FC nocturne **< 30 / min**, transférer le patient aux **soins continus**

CLINIQUE

2 fois par jour les deux premières semaines, incluant le contrôle des œdèmes (parties déclives, pré-tibiales, péri-malléolaires) ; puis 1 fois par jour.

Si, **au cours de la renutrition**, trouble de la cicatrisation ou des phanères, alors évoquer un déficit en Zinc et/ou Sélénium.

BIOLOGIQUE

- si anomalie électrolytique ou nutrition entérale continue : 1 fois par jour.
- si normalisation du bilan et tant que la nutrition entérale continue est en place : 2 fois par semaine.

PREVENTION THROMBOTIQUE

- Pour les patients pubères avec une immobilisation complète (c'est-à-dire niveau 1 et 2 de mobilisation – cf. chap. suivant) uniquement : **Enoxaparine SC.**

Progression et étapes clefs

Le niveau des soins est discuté **uniquement** lors des colloques communs (les lundi et jeudi). Il n'est pas modifiable entre les colloques ; sauf urgences.

MOBILISATION (« progress levels »)

- niveau 1. Si instabilité médicale → Repos strict au lit
- niveau 2. Si FC > 50 / min → Repos obligatoire 1 h après les repas, mobilisation autorisée avec une chaise roulante, dans l'unité uniquement.
- niveau 3. Si persistance FC > 50 / min → Repos obligatoire 1 h après les repas, mais introduction de la physiothérapie ; marche sans chaise possible, dans l'unité uniquement.
- niveau 4. Si évolution favorable → Autorisation de sortie, de plus en plus large (cf. ci-dessous). Repos toujours obligatoire 1 h après les repas.

PERMISSION DE SORTIE (« gatepasses »)

Liberté de mouvement :

- niveau 1. Dans l'hôpital uniquement, mais sous surveillance parentale (i.e. sortie du service autorisée)
- niveau 2. Hors de l'hôpital possible pour un (1) repas à domicile
- niveau 3. Hors de l'hôpital possible pour deux (2) repas à domicile
- niveau 4. Hors de l'hôpital possible pour une (1) nuit à domicile

Critères de sortie

Absence d'instabilité hémodynamique

(i.e. FC > 50 / min. la journée pendant 48 h., TA > 85/40 mmHg, T > 35.5 °C)

- + Normalisation des électrolytes.
- + Apports per os exclusif (i.e. sans la SNG !)

MAIS ne pas oublier de prendre en considération les éléments suivants lors du colloque commun :

- FC nocturne < 40 bpm (→ refaire un ECG avant la sortie)
- Comportement purgatif
- Situation familiale complexe (ex. : épuisement, non soutenante, etc.)

N.B. : LE PATIENT SERA REVU PAR L'EQUIPE AliNEA 48 à 72H APRES SA SORTIE.

COMPLICATION : le syndrome de renutrition inappropriée

Définition

Le syndrome de renutrition inappropriée (SRI) est défini par l'ensemble des anomalies biologiques et cliniques qui surviennent lors de la renutrition de patients dénutris. Il reflète la transition métabolique d'un état catabolique à un état anabolique. Cette définition est générique et il n'existe pas de critères diagnostiques précis et univoques sur lesquels se baser.

Il peut conduire à une défaillance multiviscérale et au décès.

On observe une rétention hydro-sodée, une hyperglycémie avec glycosurie, des troubles électrolytiques (hypokaliémie, hypophosphatémie, hypocalcémie, hypomagnésémie) et carences vitaminiques ou en oligo-éléments.

Symptômes

- faiblesse généralisée et fatigue
- œdème des extrémités, dyspnée
- paresthésie, convulsions, coma
- délirium avec hallucinations visuelles et auditives

Évaluation du risque

Ce risque est le plus élevé lors des 2 premières semaines de la renutrition, quelle que soit la voie d'administration des apports nutritionnels : orale, entérale, ou parentérale.

1 seul critère permet de définir la catégorie du risque :

RISQUE	ÉLEVÉ	MODÉRÉ	LEGER
Expected Body Weight (EBW)*	< 75 %	76 – 79 %	> 80 %
Albuminémie	< 18 g/L	< 40 g/L	>= 40 g/L
Amaigrissement	1 kg/sem. depuis 4 sem.	500 g – 1 kg/sem. depuis 2 sem.	500 g/sem. depuis 2 sem. ou moins
Restriction calorique	Jeûne > 5 jours ou < 1'000 kcal/j	Jeûne de 3 à 5 jours ou 1'000 - 1'500 kcal/j	> 1'500 kcal/j

* : La référence du poids attendu (EBW) correspond à l'IMC du P50 pour l'âge et le sexe ; **EBW** = $(IMC \text{ actuel} / IMC \text{ P50}) \times 100$ une adolescente dont l'IMC est au P50 a donc un EBW de 100 %.

Prévention

- Surveillance cardiovasculaire et neurologique, bilan hydro-urinaire, poids
- Contrôler les électrolytes/ions
- Corriger la déshydratation
- Supplémenter en phosphore (Phosphate PO 500 mg x 2 /j ; même en l'absence d'hypophosphorémie), Thiamine (Benerva® en IV : 300 mg, 1 fois par jour, pendant 3 jours ; 1^{ère} dose avant le début de la renutrition).

Prise en charge

Consultez : https://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/pluriprofessionnels_de_sante/sri_2017.pdf

- Corriger les troubles électrolytiques et poursuivre leurs étroite surveillance
- Tant que les électrolytes ne sont pas corrigés, ne pas commencer/augmenter le support nutritionnel