



Anorexie : évaluation et prise en charge somatiques

Rev Med Suisse 2011 ; 7 : 711-5

**V. Giusti
S. Gebhard**

Dr Vittorio Giusti
Service d'endocrinologie,
diabétologie et métabolisme
Dr Sandra Gebhard
Responsable médicale de «anorexie
boulimie Centre vaudois (abC)»
Service de psychiatrie de liaison
Département de psychiatrie
CHUV, 1011 Lausanne
vittorio.giusti@chuv.ch
Sandra.Gebhard@chuv.ch

Anorexia : somatic assessment and management

Anorexia nervosa, which affects about 2-3% of the general population, is the psychiatric illness with the highest rate of mortality. The management is often complex, requiring multiple stakeholders on the patient's physical and psychiatric. The new specialized centre «abC» (anorexia-bulimia, Centre vaudois) was created with the objective of providing quality services to patients involved and to provide a network facilitating the interaction between physicians and specialized institutions. This is an inter-institutional and interdisciplinary collaboration born of the CHUV and the eHnv (Hospitalized Institutions in Nord Vaudois). The abC includes an outpatient pole (CHUV) and a hospital unit on the site of Saint Loup. At term, it will include a day centre (CHUV).

L'anorexie mentale, qui concerne environ 2-3% de la population générale, constitue la maladie psychiatrique ayant le taux le plus élevé de mortalité. La prise en charge est souvent complexe, nécessitant plusieurs intervenants sur les plans somatique et psychiatrique. Le nouveau centre spécialisé «abC» (anorexie boulimie centre Vaudois) a été créé avec l'objectif de fournir des prestations de qualité aux patients concernés et d'offrir un réseau facilitant l'interaction entre les médecins traitants et les institutions spécialisées. Il s'agit d'une structure interinstitutionnelle et interdisciplinaire, née de la collaboration du CHUV et des eHnv (Etablissements hospitaliers du Nord vaudois). L'abC comprend un pôle ambulatoire (CHUV) et une unité hospitalière sur le site de Saint-Loup. A terme, il comprendra un centre de jour (CHUV).

INTRODUCTION

L'anorexie mentale (AM) est la maladie psychiatrique causant le plus de décès. En effet, le taux de mortalité à dix ans est de 5% et augmente à 20% à plus long terme.¹ Pour la majorité, ces patients décèdent en raison des complications somatiques et, pour un tiers des cas, suite à un suicide. Lorsque la maladie est prise en charge dans sa phase précoce, notamment chez les adolescents et les jeunes adultes, 50% des patients anorexiques guérissent mais, pour les autres, le risque est que la maladie se chronicise nécessitant la mise en œuvre d'une prise en charge, souvent prolongée, par une équipe interdisciplinaire spécialisée. Le but est d'obtenir la réduction de la fréquence et de la durée des hospitalisations en milieu psychiatrique et somatique, la diminution des épisodes de rechute grave, le contrôle des complications somatiques et la meilleure qualité de vie possible pour ces patients chroniques.

Sur le plan épidémiologique, l'AM concerne environ 2-3% de la population générale et touche neuf fois sur dix des femmes.² Sa prévalence est majeure dans les classes sociales moyennes et supérieures et tend à augmenter dans les pays occidentaux où la société est très centrée sur l'individualisme et la compétition. De plus, certaines activités (danseuses de ballet, mannequins, gymnastes, athlètes) sont à risque de développer des comportements alimentaires pathologiques comme justement la boulimie (BM) et l'AM. Cette dernière débute surtout à l'adolescence et les premières années de l'âge adulte (entre douze et vingt-quatre ans). Elle peut occasionnellement apparaître dès l'âge de neuf-dix ans. Les cas à apparition tardive sont plus rares, alors que les patients adultes chroniquement malades sont plus fréquents.³

La prise en charge de ce type de patients est la plus difficile, en effet, lorsque l'anorexie est devenue chronique, le nombre de complications et de comorbidités, somatiques et psychiatriques, augmente de manière considérable. Il n'est donc pas surprenant que l'évaluation et la prise en charge présentent des différences en fonction de l'âge du patient et surtout de la durée de sa maladie.

Dans cet article, nous montrons comment la prise en charge somatique a été standardisée et planifiée dans le nouveau centre spécialisé «abC» (anorexie bou-



limie Centre vaudois). Il s'agit d'une structure interinstitutionnelle et interdisciplinaire née de la collaboration du CHUV (Centre hospitalier universitaire vaudois) et des eHnv (Etablissements hospitaliers du Nord vaudois). L'«abC» comprend un pôle ambulatoire sur le site du CHUV et une unité hospitalière sur le site de Saint-Loup des eHnv. A terme, il comprendra un centre de jour sur le site du CHUV.

BILANS SOMATIQUE ET NUTRITIONNEL

La standardisation du bilan somatique constitue un point prioritaire.^{4,5} En effet, seule l'évaluation détaillée des paramètres cliniques, biologiques et nutritionnels ainsi que leur correction précoce et rapide, éviteront l'aggravation de la situation et la nécessité d'une éventuelle hospitalisation.⁶ Le bilan nutritionnel permettra en outre d'identifier les risques liés à l'altération de l'état nutritionnel, d'évaluer les connaissances en diététique du patient et la nécessité d'une éducation en termes d'équilibre alimentaire.

Anamnèse

L'anamnèse doit mettre en évidence la phase d'installation de la maladie, les variations de poids et leur évolution, la présence ou non de comportements compensatoires (exercices physiques fréquents, utilisation de laxatifs, vomissements auto-induits, douches froides, prise de compléments vitaminiques, de tisanes...) et leur fréquence. L'anamnèse familiale est importante car elle fait souvent apparaître des dysfonctionnements dans l'alimentation de la famille, voire des antécédents de troubles du comportement alimentaire. Cette anamnèse peut être complétée par un entretien avec les parents et/ou les conjoints du patient.

Certains patients adoptent des comportements de type potomaniaque dans l'idée de calmer leur faim. Les symptômes cliniques à rechercher tout particulièrement sont la fatigue, les malaises, la sensation de froid, surtout aux extrémités, les troubles digestifs, les anomalies du cycle menstruel et, chez l'adulte, la notion éventuelle de fractures. Le retentissement fonctionnel de ces symptômes sur les activités quotidiennes (sociales, familiales et professionnelles) sera aussi évalué. Chez les patients qui font des crises de boulimie, on recherchera des épisodes de douleurs abdominales, voire de distension gastrique aiguë, la fréquence des vomissements auto-induits et des problèmes dentaires.

Examen clinique

L'examen clinique doit être approfondi avec mesure de la taille, du poids et calcul de l'indice de masse corporelle (IMC) avec appréciation de la courbe pondérale et de la vitesse de la perte pondérale ou, chez les patients boulimiques, de la prise pondérale durant les mois/semaines précédents. La présence d'œdème sera recherchée pour estimer la fiabilité du poids. Chez le jeune adolescent en phase pubertaire, il est important d'utiliser les courbes d'IMC par âge, étant donné que la composition corporelle évolue en fonction des stades pubertaires et que des IMC bas traduisent une situation moins grave, à chiffre égal, que chez l'adulte. En outre, chez l'adulte, la composition corporelle sera déterminée par la mesure des plis cutanés ou de la bioimpédance dans le cadre du bilan nutritionnel. Ce bilan

permet d'évaluer les réserves de graisse, le pourcentage de muscle et l'état d'hydratation. Ces paramètres sont indispensables afin de déterminer non seulement la courbe pondérale mais aussi l'évolution de la composition corporelle et de l'état nutritionnel. Notons que chez l'adolescent, au début de la maladie et pour un IMC au-dessus de 15 kg/m², le bilan nutritionnel détaillé n'est pas forcément nécessaire.

Sur le plan cardiovasculaire, les signes de troubles circulatoires seront recherchés, notamment hypotension, bradycardie, extrémités fraîches et acrocyanose. Un ECG permet d'exclure des anomalies comme un QT long, une onde T négative, un ST sous-dé nivelé: chez l'adolescent, cet examen n'est réalisé que dans les formes avancées de la maladie. Sur le plan dermatologique, d'éventuels marqueurs de carences nutritionnelles seront recherchés: hypertrichose, lanugo, cheveux secs, ongles cassants, xérosis cutané, pigmentation orangée. Des «stigmates» de vomissements seront évalués: érosions buccales, dents abîmées, sialomégalie et hypertrophie des parotides, lésions digitales et en particulier unguéales.

Examens paracliniques

Le bilan paraclinique prévoit, chez la femme adulte dès l'âge de vingt ans, une densitométrie osseuse à la recherche d'une éventuelle ostéopénie, voire ostéoporose, pour autant que l'aménorrhée ait duré au moins un an. Chez l'adolescente, celle-ci n'est pas du tout systématique étant donné qu'elle ne débouche pas sur des traitements agressifs (bisphosphonates). Notons en particulier qu'il n'existe actuellement aucune preuve de l'efficacité de la prescription d'une substitution hormonale sur la densité osseuse de l'adolescent. Lorsque chez l'adolescent, le poids se maintient à un IMC inférieur à 16 kg/m² sur une durée excédant douze mois, on peut toutefois envisager une densitométrie dans le cadre d'une information globale et de la confrontation à la réalité de la gravité de la maladie avec le patient et ses parents. L'indication à la prescription de bisphosphonates chez l'adulte doit être évaluée cas par cas, notamment en tenant compte de l'état nutritionnel global et surtout en fonction des apports en protéines. En effet, en cas de déplétion de celles-ci, l'utilisation des bisphosphonates peut être délétère.

Le bilan biologique comprend la détermination du profil métabolique et nutritionnel. Chez l'adulte, vu la chronicité de la maladie et sa gravité, souvent plus importante, la prise de sang, sur le plan de micronutriments, est beaucoup plus détaillée que chez l'adolescent (tableau 1).⁷

BILAN DIÉTÉTIQUE

Il permet d'aborder les représentations sociales, familiales, personnelles du repas et de l'alimentation. Il identifie les idées préconçues, les craintes et les convictions alimentaires personnelles, les régimes ou modes alimentaires spécifiques, le contexte de la prise de repas (assis, debout, devant la TV...). Cette étape est importante pour permettre une prise en charge parallèle de l'alimentation et du comportement alimentaire.

L'évaluation alimentaire prévoit trois étapes à partir d'une reconstitution des prises alimentaires de 24 heures et/ou



Tableau 1. Bilan biologique du patient anorexique

Adulte

FSC, Na⁺, K⁺, Ca⁺⁺, chlore, phosphate, urée, créatinine, glycémie, ASAT, ALAT, protéines totales, albumine, ferritine, magnésium érythrocytaire, zinc, vitamines B1, B2, B6, B9, B12, D3 et parathormone (+ réserves alcalines dans les situations de dénutrition critiques)

Adolescent

FSC, Na⁺, K⁺, Ca⁺⁺, Mg⁺⁺, phosphate, créatinine, glycémie, ASAT, ALAT, ferritine

Le bilan biologique prévoit la détermination du profil métabolique et nutritionnel. Les paramètres évalués sont nombreux chez l'adulte, en raison de la chronicité de la maladie et de sa gravité, habituellement plus importante; chez l'adolescent, il n'est pas toujours nécessaire de pratiquer d'emblée un tel bilan, sauf en présence de comportements compensatoires. En cas de potomanie, il est important de rechercher une hémodilution (FSC, K). Chez les patients vomissant régulièrement, il importe de doser régulièrement le potassium.

d'un carnet alimentaire de trois jours: 1) analyse de la répartition de la prise alimentaire sur la journée (et la nuit); 2) analyse qualitative (équilibre alimentaire et mise en évidence des évictions alimentaires) et 3) analyse quantitative (détermination des apports énergétiques et mise en évidence de déficits dans la couverture des besoins énergétiques).

Chez l'adulte, sur la base de ces paramètres, associés aux informations concernant le comportement alimentaire (fréquence des vomissements, utilisation de laxatifs et/ou diurétiques) et le contexte psychiatrique, social et financier, le diagnostic nutritionnel, les risques de la dénutrition et les bénéfices d'une intervention nutritionnelle seront évalués. Des objectifs d'éducation aux principes d'équilibre alimentaire et de prise en charge nutritionnelle seront définis. Chez l'adolescent, un tel bilan n'est habituellement pas utile, voire parfois même contre-productif car susceptible de renforcer le contrôle alimentaire. En revanche, dans la phase de reprise de poids, un suivi diététique peut s'avérer bénéfique.

Tableau 2. Critères somatiques pour une hospitalisation en urgence et pour une hospitalisation élective

Critères somatiques pour une hospitalisation en urgence

- Aphagie totale
- Amaigrissement très rapide (> 5 kg/mois)
- indice de masse corporelle < 13 kg/m²
- Bradycardie sinusale < 40/min
- Température centrale < 35° C
- Trouble de la conscience
- Anomalies biologiques:
 - K⁺ < 2,5 mM/l
 - Phosphore < 0,5 mM/l
 - Na⁺ > 150 mM/l
 - Na⁺ < 125 mM/l
 - Hypoglycémie répétée et < 2,5 mM/l

Critères somatiques pour une hospitalisation élective

- Amaigrissement > 30% ou indice de masse corporelle < 14 kg/m²
- Bradycardie < 40/min, troubles du rythme, hypotension (< 80/50 mmHg)
- Malaises de type orthostatique à répétition
- Fatigabilité extrême, épuisement avec hypoactivité physique
- Troubles électrolytiques
- Troubles digestifs (pathologies œsophagiennes, symptômes d'occlusion)

Lors de situations aiguës dans lesquelles la vie du patient est en danger, une hospitalisation d'urgence est à organiser alors que, lorsque la situation est instable sur le plan somatique, une hospitalisation peut être planifiée.

PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE

L'objectif de la planification et de la standardisation de la prise en charge ambulatoire interdisciplinaire, somatique et psychiatrique est non seulement de réduire le nombre d'hospitalisations, mais également d'en diminuer la fréquence pour un même patient (rechute), de réduire la durée moyenne des séjours, et particulièrement de réduire les hospitalisations d'urgence. Actuellement, les prises en charge hospitalières sont réalisées sur le site de Saint-Loup des eHnv. Bien que des admissions en urgence soient possibles, l'unité de Saint-Loup centre son activité sur des séjours électifs dont les modalités sont préétablies (tableau 2).

Tableau 3. Prise en charge hospitalière du patient anorexique

La concertation de la prise en charge entre le médecin traitant, le médecin somaticien et les psychiatres doit amener à des hospitalisations électives programmées et réduire le besoin d'hospitalisations d'urgence. Les durées de séjours sont données ici à titre indicatif.

Hospitalisation de bilan: 5 jours (programmée)

Elle s'adresse aux patientes pour lesquelles un bilan ambulatoire n'est pas réalisable du fait d'une symptomatologie somatique ou psychiatrique trop importante ou complexe, nécessitant une observation intensive et continue. Ce type de séjour se révèle utile pour aider certaines patientes, très touchées par le déni, à prendre conscience de leur pathologie en vivant ces quelques jours au contact des soignants et de leurs pairs dans la maladie. C'est également une opportunité de travail motivationnel en vue d'un changement d'appréhension de la maladie et du comportement alimentaire. Si l'on s'oriente vers une hospitalisation prolongée, il convient dans la mesure du possible de prévoir un retour à domicile de quelques jours afin de bien séparer les deux temps très distincts que sont le bilan et le traitement

Hospitalisation ciblée: 3-4 semaines (programmée)

Il s'agit de séjours programmés, de durée limitée et prédéfinie. Ils s'adressent principalement aux patientes qui requièrent un contrôle des vomissements dans le cadre de mal boulimique (anorexie purgative ou boulimie) ou le traitement d'une hyperactivité envahissante. Dans tous les cas, ces hospitalisations sont précédées par une évaluation initiale et par l'élaboration d'un contrat thérapeutique agréés par l'équipe soignante et la patiente et définissant clairement les objectifs du séjour

Hospitalisation de renutrition: 4 mois (programmée)

Elle correspond à la modalité d'hospitalisation la plus fréquente. Il s'agit de séjours électifs dont les objectifs sont la renutrition et, plus généralement, la modification significative des comportements alimentaires pathologiques des patientes en même temps que le traitement de leurs éventuelles comorbidités psychiatriques et somatiques. Ces hospitalisations se déroulent selon le principe du contrat thérapeutique. Le poids seul ne constitue pas le critère conduisant à la fin de l'hospitalisation. L'état somatique et psychiatrique, la capacité à maintenir le poids acquis au travers d'un comportement alimentaire suffisamment équilibré, les possibilités de collaborer à la prochaine étape de soins ainsi que les conditions d'un retour à domicile ou dans un foyer, sont autant de facteurs dont on tient compte dans la préparation de la sortie

Hospitalisation en urgence: durée indéterminée

Elle concerne essentiellement des patientes présentant une urgence vitale d'ordre somatique. Selon l'état clinique, cette admission se fera dans l'unité ou aux soins intensifs du Service de médecine de Saint-Loup et, en cas de saturation de ces ressources, dans le Service de médecine interne (SMI) du CHUV (Centre hospitalier universitaire vaudois). Dans tous les cas, cette admission devra faire l'objet d'une concertation du demandeur et d'un cadre médical du centre «abC»



Tableau 4. Les différents types de prise en charge du patient anorexique

Le type de prise en charge du patient anorexique est défini en fonction de la sévérité de la maladie sur le plan somatique et également sur le plan psychiatrique.

	Stade 1	Stade 2	Stade 3	Stade 4
Poids	Stable (± 2 kg)	Stable (± 2 kg) ou amaigrissement	Stable (± 2 kg) ou amaigrissement	Perte pondérale $> 30\%$
Indice de masse corporelle	≥ 16 kg/m ²	≤ 16 kg/m ²	≤ 16 kg/m ²	≤ 14 kg/m ²
Collaboration patient	Bonne	Bonne/faible	Faible/absente	Faible/absente
Psychisme	Stable	Stable	<ul style="list-style-type: none"> • Décompensation • Risque suicidaire • Automutilation 	–
Paramètres biologiques	Stable	Stable	<ul style="list-style-type: none"> • Troubles électrolytiques • Dénutrition sévère 	<ul style="list-style-type: none"> • Paramètres vitaux instables • Insuffisance rénale • Insuffisance hépatique
	Consultation ambulatoire	Hôpital de jour (5/7)	Hospitalisation élective	Hospitalisation en urgence

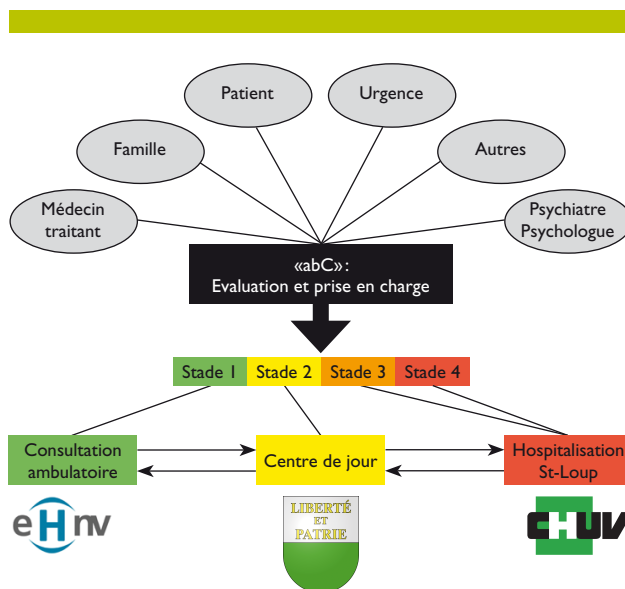


Figure 1. Evaluation et prise en charge par l'«abC» (anorexie boulimie Centre vaudois)

L'«abC», qui sera bientôt équipé d'un centre de jour, travaille de manière interdisciplinaire et dans un contexte de réseaux avec l'objectif de proposer une évaluation précoce de la maladie et une prise en charge adaptée en fonction de sa sévérité.

Ce principe doit permettre au patient, comme à l'équipe soignante, d'anticiper le séjour, de s'y préparer et de s'accorder sur ses objectifs. Quelle que soit la modalité d'hospitalisation, chaque patient est suivi durant son séjour selon le concept de référence: psychiatrique, médical somatique et infirmier. Dans cet ordre d'idée, quatre types d'hospitalisation sont prévus (tableau 3):

1. Hospitalisation de bilan.
2. Hospitalisation de renutrition.
3. Hospitalisation ciblée.
4. Hospitalisation en urgence.

Dans tous les cas, l'hospitalisation fait l'objet d'une concertation préalable entre le médecin traitant, un médecin cadre du centre «abC» et un médecin cadre de l'unité hospitalière.

CONCLUSION

L'AM est loin d'être un trouble du comportement alimentaire fréquent, en effet, sa prévalence est environ dix fois inférieure à celle des troubles non spécifiés comme l'hyperphagie boulimique. Cependant, il s'agit d'une pathologie psychiatrique grevée d'un taux de mortalité important qui justifie une prise en charge précoce et interdisciplinaire afin d'anticiper sa chronicisation et de prévenir la survenue de complications somatiques et psychiatriques. La standardisation et la planification des procédures d'évaluation et de suivi somatique permettent de faciliter la gestion de cette pathologie complexe (tableau 4). De plus, la concertation entre somaticiens et psychiatres/psychologues aide à réduire les situations de triangulations et de clivage, typiques de cette pathologie (figure 1). Elle permet également de diminuer la fréquence des situations de crise, nécessitant une hospitalisation en urgence, et également les épisodes de rechute. L'objectif final de ce type de prise en charge, pour le patient comme pour le soignant, est d'arriver à travailler, le plus possible, dans des situations électives.

Implications pratiques

- La prise en charge de l'anorexie nécessite une équipe multi- et interdisciplinaire (psychiatres, psychologues, internistes, diététicien/nes, infirmier/ères, physiothérapeutes, assistants sociaux, ergothérapeutes) qui travaille en réseau avec le médecin traitant
- La prise en charge précoce de l'anorexie est indispensable afin de réduire les risques de complications somatiques et de situations graves nécessitant l'hospitalisation
- Le bilan biologique, modulé en fonction de l'âge du patient, de la durée et de la gravité de la maladie, prévoit la détermination du profil métabolique et nutritionnel
- La prise en charge hospitalière de type électif, avec un séjour programmé dont les modalités sont préétablies, est toujours privilégiée



Bibliographie

- 1 Papadopoulos FC, Ekblom A, Brandt L, Ekselius L. Excess mortality, causes of death and prognostic factors in anorexia nervosa. Br J Psychiatry 2009;194:10-7.
- 2 Simon Y. Epidémiologie et facteurs de risque psychosociaux dans l'anorexie mentale. Nutrition Clinique et Métabolisme 2007;21:137-42.
- 3 Steinhausen HC. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. Am J Psychiatr 2002;159:1284-93.
- 4 * Mehler PS. Diagnosis and care of patients with anorexia nervosa in primary care settings. Ann Intern Med. 2001;134:1048-59.
- 5 ** Grall-Bronnec M, Guillou-Landreat M, Vénisse JL. Aspects sémiologiques de l'anorexie mentale. Nutrition Clinique et Métabolisme 2007;21:151-4.
- 6 ** Crenn P, Melchior JC. Bilan somatique et critères de gravité dans l'anorexie mentale. Nutrition Clinique et Métabolisme 2007;21:155-8.
- 7 Rigaud D. Conséquences métaboliques de l'anorexie mentale. Nutrition Clinique et Métabolisme 2007; 21:159-65.

* à lire
** à lire absolument

JACQUES DONZÉ

BREVIMED

BRÉVIAIRE CLINIQUE DES MÉDICAMENTS

LE NOUVEAU BRÉVIAIRE INDISPENSABLE
À TOUS LES PRATICIENS ROMANDS

VALIDÉ PAR DES PHARMACIENS ET DES MÉDECINS SPÉCIALISTES,
CE LIVRE PRÉSENTE PLUS DE 1300 SUBSTANCES USUELLES SOUS
FORME SYNTHÉTIQUE.

1005657

WWW.BREVIMED.CH

FORMAT : 11,5x18,5CM / 372 PAGES / PRIX : 49 CHF ET 30 €

MH EDITIONS
MEDECINE & HYGIENE