

L'anorexie mentale



Dr Emilie LASCOUTS

Service de nutrition

CHU Rennes

09/04/2018

PLAN...

Première partie (plutôt psy)

- Définitions, Genèse des troubles

Deuxième partie (somatique)

- évaluer la dénutrition, situations à risque vital
- Retentissement

Troisième partie : PEC

- De l'anorexie en général
- De la dénutrition extrême en particulier (assistance nutritionnelle et SRI)

Première partie (plutôt psy)

Définitions, Genèse et contexte des troubles

En Préambule...

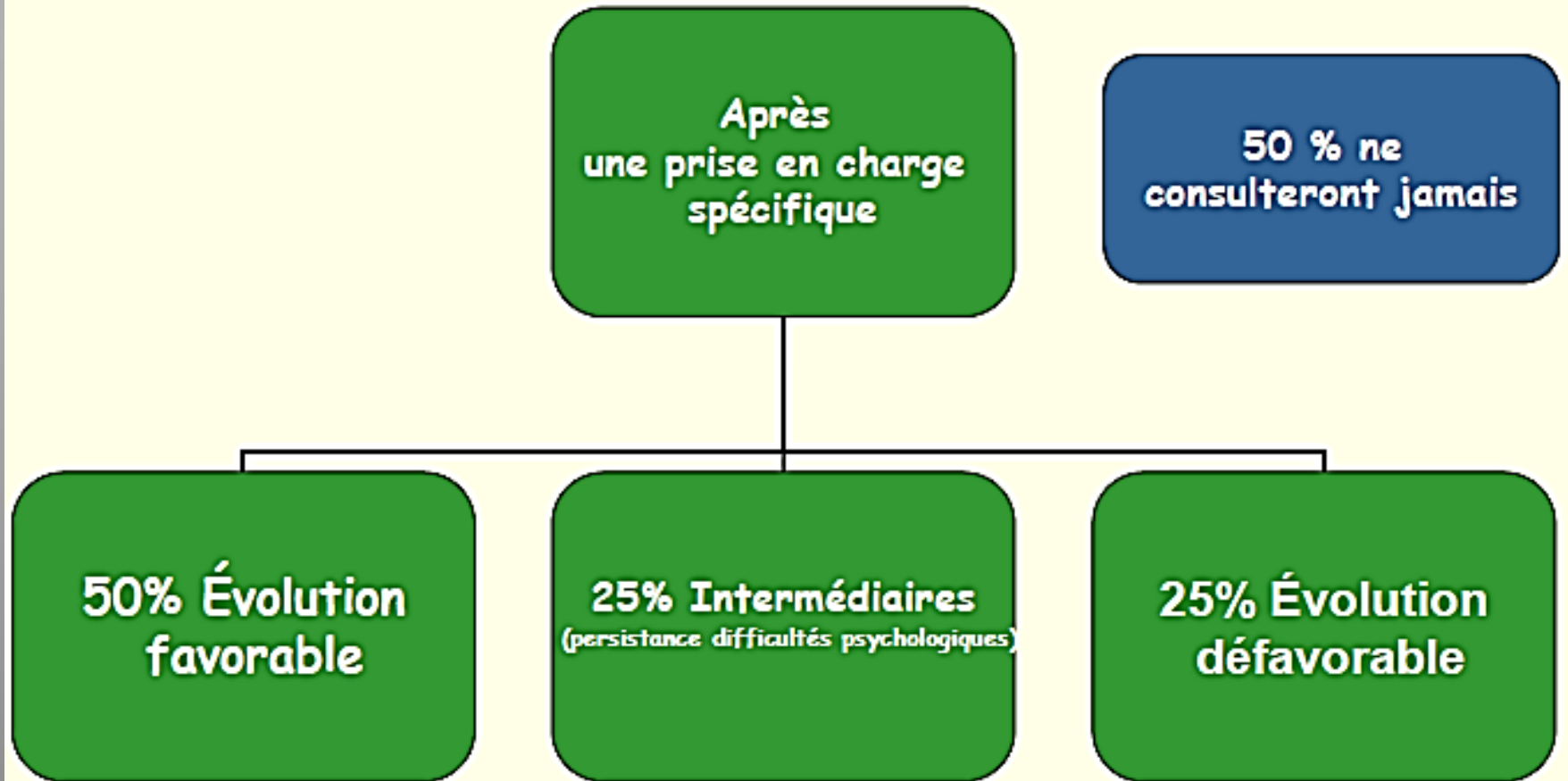
- L'anorexie mentale est une maladie psychiatrique grave car potentiellement mortelle par les conséquences physiques qu'elle entraîne. Le traitement de l'anorexie mentale n'est pas nutritionnel, il est avant tout **psychiatrique**.
- Objectif thérapeutique nutritionnel est l'obtention à terme d'un poids minimal qui est celui du **retour des règles** ou d'un IMC > 18, sans lequel aucune guérison n'est possible, ni aucune approche psychothérapeutique efficace.
- L'anorexie est une pathologie psychiatrique qui entraîne beaucoup de décès par suicide (10%).
- Dans l'histoire on retient 2 anorexiques connues : Catherine de Sienne au moyen-âge et Sissi impératrice d'Autriche

Quelques données d'épidémiologie

- **Anorexie mentale critères DSM IV:**
 - Femmes: 1,5 %
 - Hommes: 0,16 %
- **Syndromes partiels (formes subsyndromiques): 5 %**
- **Chez les adolescents:**
 - AM 1 %, Boulimie 3 %
 - Formes mineures 20 à 28 %
 - 8 à 9 filles pour 1 garçon



Évolution



Guérison si $IMC > 17,5$ sur + d'un an, retour des règles
Mortalité de 10 % à 10 ans d'évolution

MÉLANE LAURENT
KAD MERAD
JULIEN BOISSELIER
ISABELLE RENAULT
ASSA WAGA

JE VAIS BIEN,
NE T'EN FAIS PAS.



PHILIPPE LIÖRET

© 2011 Les Éditions de la Cinéma. Tous droits réservés. www.leseditionsdelacinema.com

Rappel des troubles du CA.

3 types de troubles graves:

- **anorexie restrictive pure**,
- **anorexie boulimie vomitive**
- **boulimie** sans stratégie de contrôle de poids. (sans purges)
- Evolution de l'anorexie vers la boulimie (2/3)

2 dimensions structurent la symptomatologie: comportement alimentaire pathologique et contrôle du poids

1 critère clef pour évaluation du caractère pathologique:

le trouble de la perception corporelle = dysmorphophobie



La dysmorphophobie

Le pourquoi.

- Dans l'anorexie comme dans la boulimie, déplacement de l'investissement affectif vers des préoccupations alimentaires qui occupent tout le champ de la conscience.
- L'anorexique cherche à maigrir sans fin se sentant toujours « trop grosse » de ses envies et a ***l'illusion de retrouver une certaine maîtrise par le contrôle de l'alimentation.***
- La boulimique perd cette maîtrise et le passage à l'acte se termine par une sensation de malaise physique (au regard de la quantité ingérée) et psychique (culpabilité et autodépréciation++).

Psychologie...

Les TCA sont à rapprocher des **addictions** = « dépendance aliénante à un comportement répétitif »

Maîtriser la nourriture revient à se décharger d'une anxiété qu'elle est incapable de libérer par d'autres mécanismes. C'est un « **auto-traitement** » au départ

La conduite devient rituel puis **dépendance** unique avec impossibilité d'investir un autre « objet », plus de prise sur les troubles qui s'autonomisent, se verrouillent

Les anorexiques n'éprouvent **aucun** désir ni **plaisir** de manger, elles ne perçoivent plus leurs sensations corporelles et physique. Il existe une **ANESTHESIE** physique, psychique.

L'une perd le contrôle d'elle-même tandis que l'autre est dans la maîtrise totale. Le but est d'empêcher la « pensée », trop douloureuse par fragilité identitaire.

C'est une « **protection psychique** ». Attention à la levée du TCA : risque suicidaire ou de décompensation psychique

...

Pourquoi l'adolescence?

- Adolescence = problématique du corps avec la **transformation pubertaire**
- **Sexualisation** des rapports
- Deuil de l'enfance et de l'image parentale
- Problème de **séparation** des parents et d'individuation
- Questionnement sur son **identité**, son devenir, son positionnement par rapport aux autres, au monde adulte
- Période de choix cruciaux

Le contexte

- Pour mieux comprendre chaque patient il est important de situer le contexte psychologique, familial, professionnel ou scolaire, social..
- Problématique adolescente? Difficulté intra familiale (conjugopathie des parents? Dépression? Liens fusionnels? Relations intrusives voire incestueuses?)
- TCA à valeur anxiolytique ou antidépressive (ATCD psy? TS? Scarifications? Isolement? TOC?)
- Névrose? (sens du symptôme) ou psychose?
- Hyperinvestissement scolaire? Perfectionnisme?

Diagnostic

- Anorexie mentale sur critères DSM IV

Critères DSM-IV-TR de l'anorexie mentale

Le diagnostic repose sur la présence de chacun des éléments suivants :

- | | |
|----|--|
| A. | Refus de maintenir le poids corporel au niveau ou au-dessus d'un poids minimum normal pour l'âge et pour la taille (p. ex., perte de poids conduisant au maintien du poids à moins de 85 % du poids attendu, ou incapacité à prendre du poids pendant la période de croissance conduisant à un poids inférieur à 85 % du poids attendu). |
| B. | Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, alors que le poids est inférieur à la normale. |
| C. | 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. |

Pas dans le DSM V

Type restrictif (*restricting type*) : pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale, le sujet n'a pas, de manière régulière, présenté de crises de boulimie ni recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs (c.-à-d. laxatifs, diurétiques, lavements).

Type avec crises de boulimie/vomissements ou prise de purgatifs (*binge-eating/purging type*) : pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale, le sujet a, de manière régulière, présenté des crises de boulimie et/ou recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs (c.-à-d. laxatifs, diurétiques, lavements).

Une crise de boulimie répond aux deux caractéristiques suivantes:

- 1) **absorption**, en une période de temps limitée (par ex., moins de deux heures), **d'une quantité de nourriture largement supérieure** à ce que la plupart des gens absorberaient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances
- 2) **sentiment d'une perte de contrôle** sur le comportement alimentaire pendant la crise (par ex., sentiment de ne pas pouvoir contrôler ce que l'on mange ou la quantité que l'on mange).

Les conduites de purge

- Les vomissements provoqués
- La prise de laxatif, de diurétiques
- La potomanie pour « se laver ». Peut être mortelle au-delà de 10l par jour
- L'hyperactivité motrice

Donc devant une suspicion de TCA

Préambule à la PEC=

- Type de TCA
- **Purges** dont vomissements+++++
- **Poids** pour évaluer si dénutrition et orienter la PEC
- **PSY** : risque TS+++ , névrose ou psychose
- Famille
- ATCD traumatiques (inceste, viols, coups, violence scolaire, violence psychique...)

Deuxième partie (somatique)

Evaluer la dénutrition, situations à risque vital, retentissement



Types de dénutrition

1/ Marasme = dénutrition énergétique, globale, constitution lente
= cachexie par perte de toutes les réserves ..

2/Kwashiorkor = dénutrition protéique, apparition d'oedèmes, peut se constituer rapidement (mauvais pronostic, modèle de l'adulte dénutri dit agressé si en réa...)

« Maladie de l'enfant sevré quand son cadet vient de naître », est la traduction de Kwashiorkor dans le dialecte ashanti du Ghana.

Aparté : Causes de dénutrition

1/ Carence d'apports = volontaire (AM) ou non (anorexie, vieillissement, tb digestifs, tb neuro)

2/ Apports présents mais non utilisables =

–**Malabsorption**: MICI, maladie coeliaque, insuffisances intestinales (ischémies, grêles courts, grêles radiques...)

–**Maldigestion**: insuffisance en sels pancréatiques (PCC, DPC) ou biliaires (cholestase, pullulation microbienne, insuffisance iléale)

2/Hypercatabolisme = maladies chroniques (néo, systémiques, IC, IR, IHC, I respi...) ou sepsis sévère (patients de réa+++)

3/ Pertes protéiques anormales = Sd néphrotiques, entéropathies exsudatives, brûlés, Sd de Lyell, escarres...



Grades de dénutrition

- IMC normal 18,(à 25
- Anorexie débutante IMC 16 à 18
- Anorexie sévère de 13 à 16
- Cachexie si $IMC < 13$** , risque vital

Outre la maigreur (IMC), rechercher :

Signes chroniques

- Dénutrition, carences
- Amyotrophie, sarcopénie
- Epuisement
- Risque infectieux
- Aménorrhée secondaire
- Ostéoporose précoce
- Dépression, perte d'autonomie
- Isolement socio-professionnel
- Insuffisance rénale pour les vomisseuses

Signes aigus

- Hypothermie < 35
- Hypotension $< 8/5$
- Bradycardie < 40
- Hypoglycémie $< 0,5$ ($0,6$ +signes)
- Malaises
- **Neutropénie < 500**
- **Autophagie du foie $> 10N$**
- Oedèmes (alb < 30)
- Troubles ioniques (vomissements : K < 2 ou 3)
- Vitesse amaigrissement ($> 20\%$ en 3 mois)

Peuvent menacer le pronostic vital

Les complications des conduites de purge

Risque d'arrêt cardiaque+++ et d'insuffisance rénale jusqu'à la dialyse

- **Hypokaliémie** +++ avec risque cardiaque (alcalose hypo chlorémique au iono, hyperparotidose)
- Attention aux NLP + HypoK (QT long : **torsade de pointe**)
- Néphropathie, **insuffisance rénale** avec perte de K
- Dégradation de l'état dentaire
- Risque d'oesophagite avec saignement voire rupture œsophagienne

L'aménorrhée secondaire

= disparition des règles

- Fait partie de la définition de l'anorexie mentale!
- Lié à un hypogonadisme hypogonadotrope hypothalamique

Conséquences:

- Stérilité (induction de l'ovulation possible)
- Diminution de la libido
- Ostéoporose

Parfois il existe une mauvaise récupération de l'axe après renutrition

L'ostéoporose

Pourquoi?

- Carence oestrogénique
- Carence en calcium et vitamine D

Le traitement:

- Avant tout la reprise du poids !!!
- Supplémentation vitamine D et calcium
- Un traitement oestroprogestatif: pas de preuve de son efficacité
- Les biphosphonates: ttt de l'ostéoporose classique postménopausique

L'amyotrophie

= fonte musculaire

Dépense énergétique > aux apports:

- Utilisation des réserves énergétiques(le tissu adipeux)
- Puis, dégradation des muscles +++

Conséquences:

- Diminution de la force musculaire
- Fatigue intense
- Difficulté puis impossibilité de tenir debout, puis de s'asseoir
- Douleur musculaire diffuse

Les carences vitaminiques

- Fer: anémie, perte des cheveux
- Vitamine B12: anémie, troubles neurologiques
- Vitamine B9: anémie
- Vitamine A : trouble visuel (héméralopie)
- Vitamine K: trouble de coagulation
- Vitamine C : scorbut, purpura

Les complications cardiovasculaires: une mise au repos du système

- Hypotension
- Hypotension orthostatique
- Bradycardie extrême (signe de gravité)
- Troubles du rythme cardiaque (surtout si vomissements++ attention NLP)
- Cardiomyopathie (par ex par carence en selenium)

Donc devant un TCA

Guidant la PEC=

- IMC (+/- oedemes)
- Rapidité de la perte de poids
- Critères de gravité imposant l'hospitalisation (malaises, PNN<500, hépatite, Hemodynamique, épuisement...)
- Connaissance de vomissements : iono (K et créat) + ECG+++++
- Urgence psychiatrique? Déni des troubles? Refus de soins?
- Puis bilan du retentissement: DMO, bilan des carences

Troisième partie : PEC

- De l'anorexie en général
- De la dénutrition extrême en particulier (assistance nutritionnelle et SRI)

PEC multidisciplinaire

- **Nutritionnel** : PEC des risques vitaux, reprise pondérale, consolidation++++, surveillance
- **Psychologique, psychiatrique** +++++ (thérapie +/- traitements)
- **Kiné** : travail sur le schéma corporel, sur l'anesthésie proprioceptive, sur l'équilibre + relaxation
- Travail et accompagnement **familial**+++Thérapie familiale
- Ergothérapie : but : travailler sur l'autonomie et l'indépendance de la patiente en situation de handicap

PEC de la dénutrition

- Stimulation à manger par voie orale, avec équilibre (féculents++) et crèmes enrichies si besoin.
Diversification, réintroduction des aliments évités

- Si échec ou cachexie ASSISTANCE NUTRITIONNELLE

- Toujours par nutrition entérale, c'est-à-dire utilisant le tube digestif+++++
- Avec une Sonde nasogastrique
- Et des apports que l'on passe la nuit en général
(en continu si état de mal boulimique ou marasme sévère avec hépatite)



PEC de la dénutrition

- NE : dénutrition extrême mettant en jeu le pronostic vital ou dénutrition sévère associée à une stagnation pondérale prolongée.
- Attention !! **Start low et go slow** pour prévenir le syndrome de renutrition (SRI)
- Objectifs : prise de 500 g toutes les 1-2 semaines
- Puis diminution progressive compensée par des équivalences sur les plateaux
- Sevrage vers IMC 14-16, puis poursuite de la prise pondérale en dehors de l'hospitalisation complète (H séquentielles, suivi en HDJ)

Le SRI

Historique

- Camps de concentration avec libération de survivants extrêmement dénutris, victimes d'un renutrition excessive (nutrition parentérale, hyperglucidique, 3000 Kcal...)
- Grèves de la faim chez les détenus : Dans la plupart des situations rapportées de nutrition forcée, les grévistes ont péri des conséquences néfastes directes de la renutrition inappropriée

NB: La Cour européenne de Justice des Droits humains a déclaré en 2007 cette réalimentation sous contrainte comme acte de torture



Physiopathologie

Le SRI

Jeûne de 24H :

-réserves de **glycogène hépatique** : autonomie pour tout l'organisme de 10H puis utilisation des AG

Jeûne > 3j:

Plus de réserves hépatiques : besoin de **néoglucogénèse** (à partir des **muscles**)

+ MB lipidique avec les **corps cétoniques** pour le cerveau

Jeûne > 15 jours :

Néoglucogénèse diminue (pour la survie car décès si perte masse maigre > 50%)

Au profit des **corps cétoniques** (= économie d'énergie)

Survie possible 60 à 70 jours si hydratation

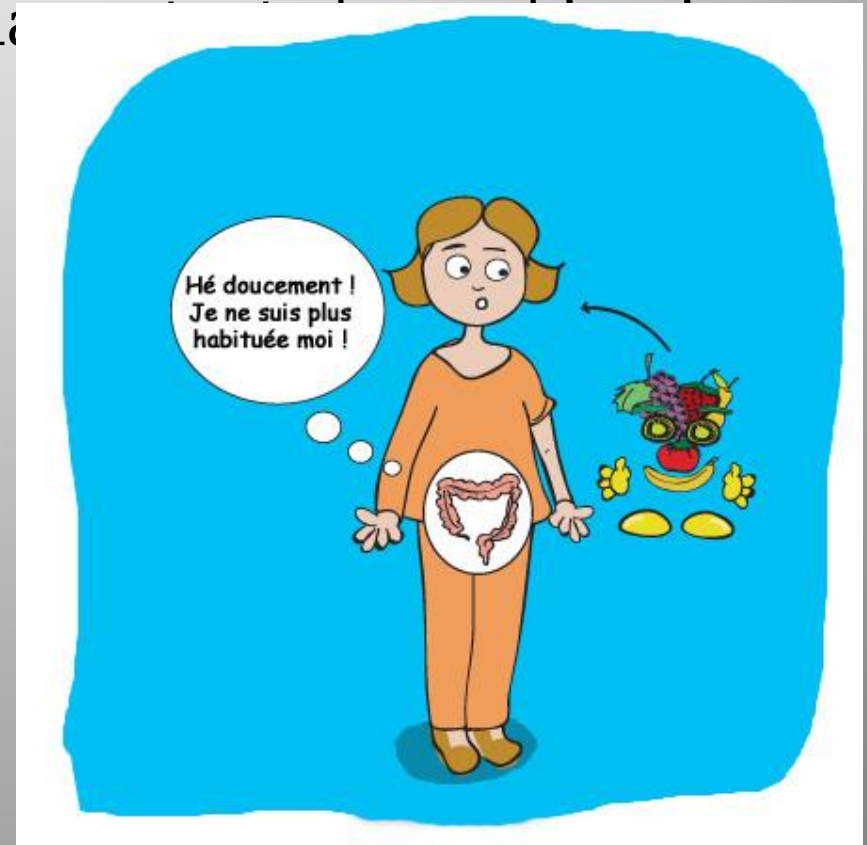
SRI : Physiopathologie

Comme la natrémie, la dénutrition chronique doit être corrigée d'autant plus progressivement que sa constitution est chronique et qu'elle est bien compensée.

-L'administration de glucose rela
Corps céloniques = économie d'énergie
cellulaire :



Métabolisme glucidique



Conséquences Biochimiques :

Hépatite +

Hyperglycémie



1/Métabolisme du glucose avec augmentation des BESOINS en cofacteurs (K, Mg, Phosphore et B1)



Hyperinsulinisme réactionnel

Carences cellulaires démasquées

1/Rétention hydrosodée (l'insuline stimule la réabsorption de Na dans le TCD)=IC, anasarque

2/ Hypoglycémies post-stimulatives

3/Transfert d'ions en intracellulaire (Hypokaliémie, hypomagnésémie, hypophosphorémie)

=> HypoPhosphorémie (tetraparésie, arrêt respi)

=> Gayet Wernicke (B1)

Primum non nocere!

Donc : Si on va trop vite, risque de SRI

- ➔ HypoK, HypoPh, GW, Hépatite
- ➔ Anasarque, I.cardiaque congestive et tb neuros
- ➔ DMV et décès

Start low and go slow

Max 10 Kcal/Kg/j au début

- *Merci de votre attention*