



Hôpital du Valais
Spital Wallis

Anorexie mentale

Dre Nuria Bonvin-Mullor
Médecin cheffe

Nuria.bonvinmuller@hopitalvs.ch

079.754.41.72

Service de psychiatrie de liaison

Dre Ana Iacob

Médecin Cheffe de Clinique FMH

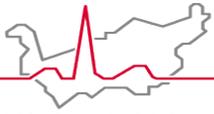
ana.iacob@hopitalvs.ch

076.444.33.93

Formation interne – Service de médecine interne, Sion

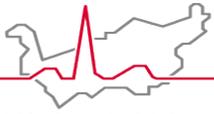
10 mars 2020





Plan de présentation

- **Introduction AM**
- **Complication somatiques**
- **Évolution**
- **Facteurs pronostiques**
- **PEC hospitalière somatique**
- **Contrat thérapeutique**
- **Rôle de la médecine interne**
- **Rôle de la psychiatrie**
- **Rôle des proches**



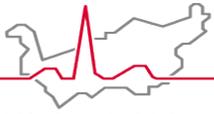
Epidémiologie

- Prévalence de l'anorexie: 0.5 % des adolescentes
- Incidence de l'anorexie : 0.7/100 000 hb
- Prévalence de la boulimie : 3 à 5%
- Taux de mortalité :15 à 20% sur une catamnèse de 20 ans



Épidémiologie de l'anorexie mentale

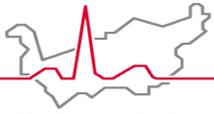
- Début en général à l'adolescence (transformations corporelles pubertaires)
- Age moyen de début 16 ans (12-20 ans)
- Existences de formes prépubertaires ou tardives
- Prédominance féminine pour les formes classiques
- Professions à risque



Hôpital du Valais
Spital Wallis

Les Symptômes : le trépied historique

- Anorexie
- Amaigrissement
- Aménorrhée



LE TRÉPIED ANOREXIQUE

- **Anorexie : une lutte contre la faim**
 - Restriction alimentaire volontaire
 - Sélection des aliments qualitative et / ou quantitative
- **Amaigrissement :**
 - Perte de plus de 25% du poids initial
 - IMC (poids / taille²) < 17,5
 - Dénier de la maigreur
- **Aménorrhée : l'atteinte hormonale**
 - Primaire ou secondaire
 - masquée



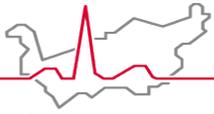
L'ANOREXIE MENTALE

- Le trépied anorexique
- Le déni des troubles
- La mes estime de soi
- Les conduites restrictives,
- Les autres stratégies de contrôle du poids



Critères Diagnostiques de l'Anorexie Mentale (CIM-10)

- A.** Perte de poids ou incapacité à en prendre conduisant à un poids inférieur à au moins 15 % du poids normal (IMC <17,5)
- B.** La perte de poids est provoquée par le sujet qui évite les aliments qui « font grossir »
- C.** Perception de soi comme étant trop gros, avec peur de grossir (poids limite faible à ne pas dépasser)
- D.** Trouble endocrinien diffus de l'axe hypothalamohypophysaire:
aménorrhée
 - Sous types restrictif - purgatif



AM type restrictif pur

- La perte de poids est obtenue par
 - La restriction alimentaire
 - quantitative
 - qualitative
 - L'exercice excessif
- Il peut exister des comportements purgatifs mais exceptionnels



AM type purgatif

Le sujet a présenté de manière régulière :

- des crises de boulimie

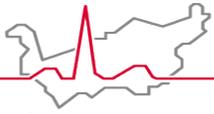
et / ou a recouru

- aux vomissements provoqués
- à des coupes-faims (anorexigènes, hormones thyroïdiennes..), diurétiques, laxatifs ou lavements



Caractéristiques cliniques

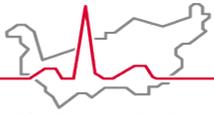
- Début sous forme de
 - Restriction
 - Grignotage avec léger surpoids
 - Vomissements provoqués
 - Boulimies
- Sportifs de haut niveau
- Possibilité de switch d'une forme restrictive à une forme purgative ou une anorexie boulimie (25 à 50 %)



Les conduites restrictives

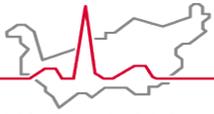
- **Restrictions Quantitatives** : diminution des portions, saut de repas, dissimulation ou stockage de nourriture (syndrome du hamster)
- **Restrictions Qualitatives** :
 - Exclusion d'une catégorie d'aliment, pour des motifs
 - divers
 - Végétarisme
 - Préférence pour des produits allégés /édulcorants

→ Fruits légumes verts laitages



Autres stratégies de contrôle du poids

- Vomissements
- Coupes faim
- Laxatifs
- Diurétiques
- Hyperactivité physique
- Tabagisme, toxicomanie
- Chewing gum
- Restriction hydrique
- Potomanie
- Oublis volontaires d'insuline chez les DID



Hyperactivité Physique

- Stratégie de contrôle du poids
- Qui s'automatise comme incontrôlable,
- addictive
- En boucle avec la diminution de la prise
- alimentaire (Hsu)
- Parfois associée à une hyperactivité intellectuelle,
- de mécanisme différent.



Troubles comportementaux associés

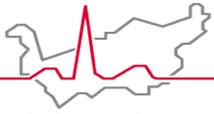
- Consommation excessive d 'épices, de boissons brûlantes
- Pica
- Mérycisme et régurgitations
- Anomalies du comportement à table
- Auto-saignements (Sd de Lasthénie de Ferjol)



Principales complications de l'AM

Tableau 2: Principales complications/comorbidités somatiques, psychiatriques et sociales associées à l'anorexie mentale.

Cardiovasculaires	Hypotension, bradycardie sinusale, tachycardie sinusale (elle annonce souvent une décompensation imminente), allongement de l'intervalle QT, arythmies auriculaires et ventriculaires, prolapsus mitral, atrophie ventriculaire gauche, insuffisance cardiaque, acrocyanose
Electrolytiques	Hypoglycémies, hypokaliémie, hyponatrémie, hypernatrémie, hypomagnésémie, alcalose métabolique, hypophosphatémie (en cas de syndrome de renutrition inappropriée)
Œso-gastro-intestinales et hépatiques	Retard de la vidange gastrique, constipation, œsophagite, hématomèse, hépatite (augmentations des transaminases), stéatose hépatique, hypercholestérolémie
Métaboliques et endocrines	Oligo-aménorrhée, infertilité, retard pubertaire, retard/arrêt de croissance, ostéopénie/ostéoporose, fractures, hypothyroïdie, œdèmes, hypothermie (pouvant masquer une infection)
Hématologiques	Anémie, thrombocytopénie, leucopénie
Neurologiques	Dysfonctions cognitives, atrophie cérébrale, neuropathies périphériques
Rénales	Lithiases, insuffisance rénales
Psychiatriques	Irritabilité, dépression, troubles anxieux, trouble de la personnalité, syndrome de dépendance, crise suicidaire
Sociales	Difficultés dans les relations interpersonnelles, isolement, désinsertion sociale, scolaire et/ou professionnelle, difficultés d'autonomisation, invalidité



Critères somatiques d'hospitalisation d'urgence

Tableau 4: Principaux critères somatiques d'hospitalisation d'urgence pour les adultes (adapté d'après [44]).

Aphagie totale

Amaigrissement rapide >5 kg/mois

Indice de masse corporelle <13 kg/m²

Bradycardie sinusale <40/min

Troubles du rythme cardiaque ou anomalies ECG

Hypotension artérielle ≤80/50 mm Hg

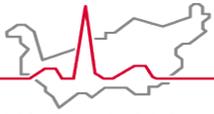
Température corporelle ≤35°C

Troubles de l'état de conscience

Symptômes d'occlusion digestive

Anomalies biologiques:

- K⁺ <2,5 mmol/l
- Phosphore <0,5 mmol/l
- Na⁺ >150 mmol/l ou <125 mmol/l
- Hypoglycémies répétées et <2,5 mmol/l



Conséquences somatiques de l'AM

- **Conséquences vitales à court terme**

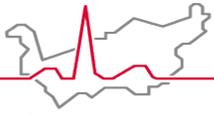
- La grande peur : hypokaliémie → trouble du rythme cardiaque
 - Carence des apports
 - Vomissements
 - Laxatifs

→ **Comment compenser la carence : perfusion → SI ?**

- Risques cardiovasculaires

- **Conséquences vitales à moyen terme**

- Risque infectieux
- Perturbation hémostasie (carence vitamine K : facteur coag.) (Carence thromboxane/PG : carence acide gras)



Conséquences somatiques de l'AM

- **Conséquences non vitales**

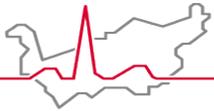
- Sarcopénie, fatigabilité, fonte musculaire, risques de claquage
- Carence majeure en vitamine D
- Fonte osseuse → risque de fractures
- Disfonctionnement muscles lisses, tissus de soutien, atteintes oculaires, anémies polycarentielles, ..., endocrinien (T3 diminuée, aménorrhée centrale ...)



Evolution

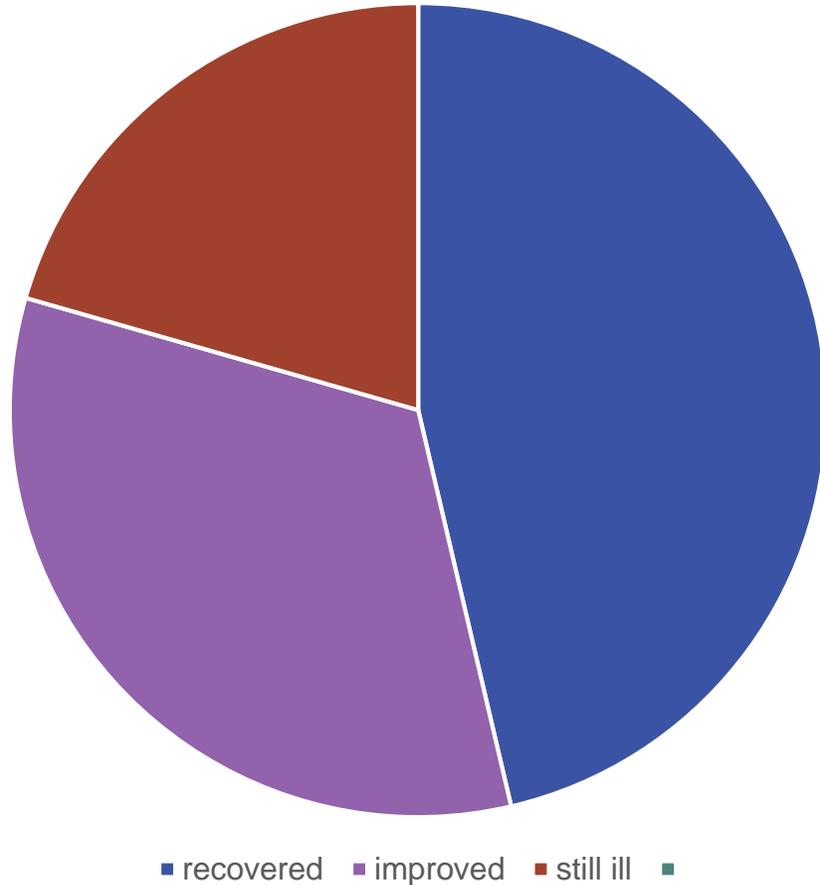
- **Fichter MM et al. (2006) : N= 103** Suivi = 12 ans
 - 27.5 % rémission complète
 - 25.3% rémission partielle
 - 39.6% encore symptomatiques
 - 7.7% décès

- **Zipfel S et al. (2000) : N = 84 (data for 77)** Suivi = 21 ans
 - 50.6 % rémission complète
 - 20.8 % rémission partielle
 - 10.4 % encore symptomatiques
 - 15.6 % décédées



Evolution

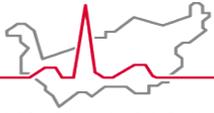
Evolution AM



- Steinhausen HC (2002) – The outcome of anorexia nervosa in the 20th century

TABLE 1. Outcome of Anorexia Nervosa Based on 119 Patient Series (N=5,590)

Outcome Variable	Group Size	Rate of Outcome (%)		
		Mean	SD	Range
Mortality	5,334	5.0	5.7	0–22
Recovery	4,575	46.9	19.7	0–92
Improvement	4,472	33.5	17.8	0–75
Chronicity	4,927	20.8	12.8	0–79
Symptom normalization				
Weight	2,245	59.6	15.3	15–92
Menstruation	2,719	57.0	17.2	25–96
Eating behavior	1,980	46.8	19.6	0–97
Affective disorder	1,972	24.1	16.3	2–67
Neurotic or anxiety disorder	1,478	25.5	14.9	4–61
Obsessive-compulsive disorder	992	12.0	6.4	0–23
Schizophrenia	1,097	4.6	5.7	1–28
Personality disorder				
Unspecified or borderline	1,115	17.4	16.8	0–69
Histrionic	308	16.6	19.9	0–53
Obsessive-compulsive	202	31.4	25.1	0–76
Substance abuse disorder	627	14.6	10.4	2–38



Evolution

- Études avec durée de suivi de < 4 ans → rémission à 32.6%
- Études avec durée de suivi de 4 à 10 ans → rémission à 47%
- Études avec durée de suivi de > 10 ans → rémission jusqu'à 73.2 %

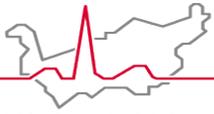


Facteurs pronostiques

- **Zipfel S et al. (2000):**
 - Durée de la maladie avant la 1^{ère} hospitalisation
 - IMC
 - Poids pris pendant la 1^{ère} hospitalisation
 - Comorbidités psycho-sociales

- **Errichiello L et al. (2016)**
 - Durée d'hospitalisation
 - Durée des symptômes
 - Âge au moment de la PEC
 - Insight

- **Fichter MM et al. (2017) :**
 - IMC à l'admission
 - Âge au moment de la PEC
 - Années de suivi

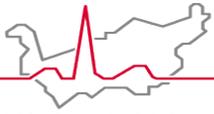


Prise en charge hospitalière somatique

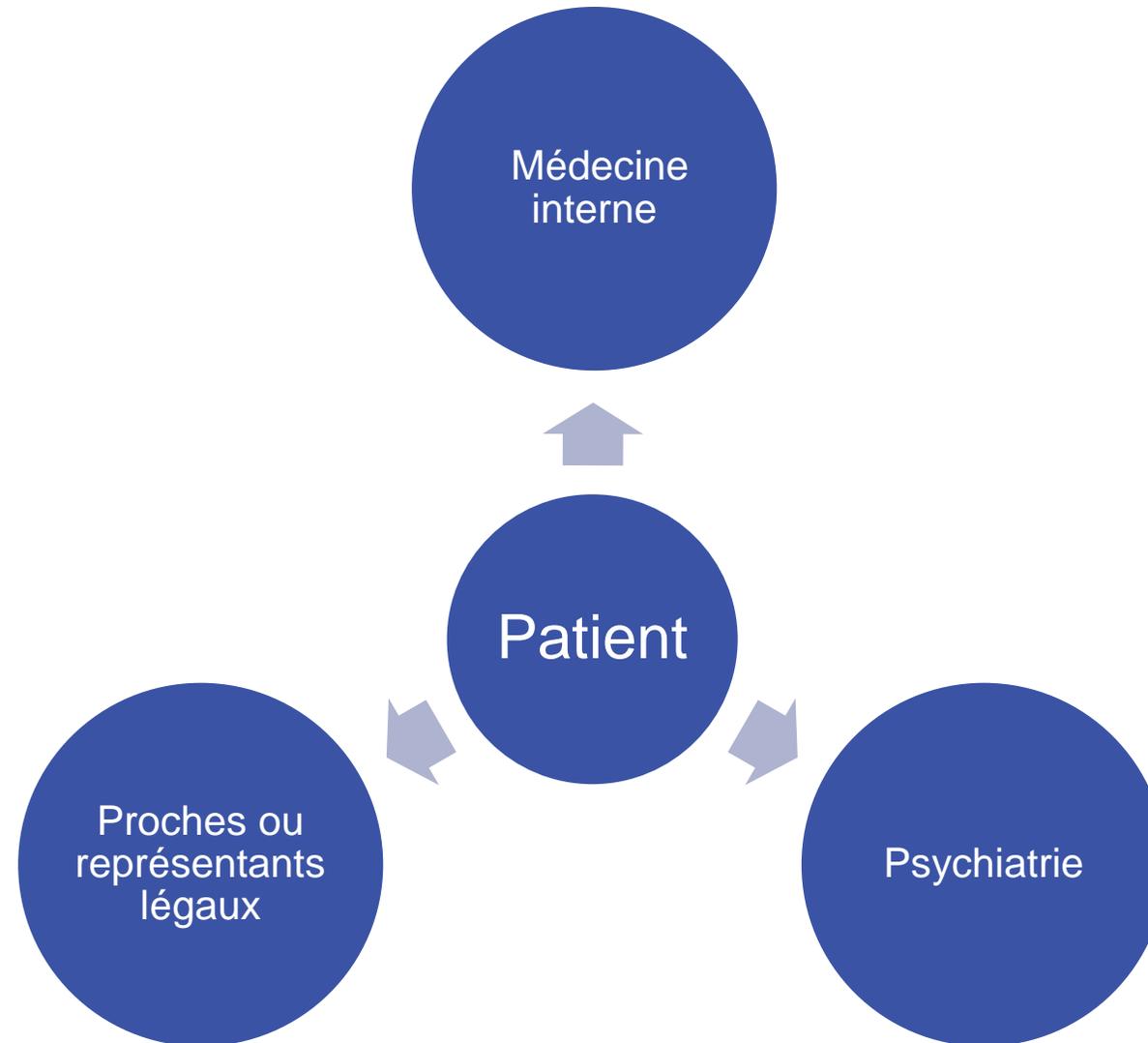
- **Pluridisciplinaire :**
 - Médecine (risque vital)
 - Psychiatrie (risque suicidaire)

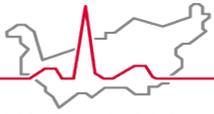
- **Rôle de l'interniste :**
 - Examen somatique complet
 - Bilan biologique : Kaliémie qui détermine notamment le degré d'urgence
 - ECG obligatoire et fréquent

- **Rôle du psychiatre :**
 - Soutien du patient, de la famille
 - Soutien des équipes médico-soignantes



Contrat thérapeutique

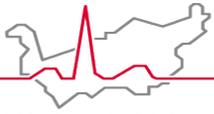




Contrat thérapeutique

- **Il fixe :**
 - Des objectifs
 - Des moyens pour les atteindre
 - Le temps nécessaire pour y arriver

- **Il donne le cadre thérapeutique qui amène une sécurité au patient en donnant par exemple :**
 - Les modalités d'entretiens
 - Le cadre des repas
 - La mobilité dans l'hôpital
 - Les contacts avec l'extérieur : visites, téléphones, ...



Médecine interne

- **Diagnostic, traitements et attitudes.**
- **Traitement forcé : renutrition urgente :**
 - Pose de voie
 - Sonde nasogastrique
- **Traitement volontaire**
 - But : atteindre un poids rendant possible un transfert en milieu psychiatrique



Psychiatrie

- **Au début : soutien**
- **Puis psychothérapie : aucun modèle n'est spécifiquement recommandé à part la prise en charge familiale pour le traitement des adolescents**
- **Traitements médicamenteux : rien n'est spécifique, le traitement doit être symptomatique.**
- **L'Olanzapine peut être indiquée pour la prise de poids, mais les études sont limitées***

* Attia E et al. Olanzapine Versus Placebo in Adult Outpatients With Anorexia Nervosa: A Randomized Clinical Trial. Am J Psychiatry. 2019



Hôpital du Valais
Spital Wallis

Les proches ou représentants légaux

- **Adhésion au traitement**