

**PRISE EN CHARGE
DE L'ADOLESCENTE ATTEINTE D'ANOREXIE MENTALE**

Catherine Gambert - Octobre 2015

1- Arrivée directe aux urgences :

➤ **Evaluation aux urgences :**

Interrogatoire :

- ❖ Rechercher les signes caractéristiques (*les 3 A*):
Amaigrissement et sa rapidité (pente de la courbe)
Aménorrhée,
Activité physique
- ❖ **Signes suspects de diagnostic différentiel :**
Diarrhée chronique, douleurs abdominales, vomissements non niés par l'adolescente. Asthénie décrite par la patiente
- ❖ Début de l'amaigrissement.
- ❖ Poids maximum, poids minimum atteints
- ❖ Facteurs déclenchants allégués
- ❖ Description de son alimentation (attention : ne pas laisser envahir la consultation par une description détaillée).
Rechercher : restriction, sélection alimentaire.

Examen clinique :

Poids, taille, rapidité de l'amaigrissement
Pouls, TA.
Etat cutané

Bilan biologique

ECCG

➤ **Absence de critère d'hospitalisation :**

- ❖ Retour domicile.
- ❖ Arrêt complet du sport.
- ❖ Demander aux parents de prendre un rendez - vous
De consultation non programmée au
CMPEA : 05 49 52 34 77
- ❖ Consultation de pédiatrie dans un délai de 15 jours :
Si possible avec Catherine GAMBERT ou avec le CCA de Pédiatrie Générale si absente.

➤ **Décision d'hospitalisation :**

- ❖ Perfusion si troubles ioniques.
- ❖ Sinon : observation de quelques jours avant de débiter une nutrition entérale.

Critères d'hospitalisation :

IMC \leq 13 kg/m²
Fréquence cardiaque < 50/mn
Tachycardie
TA < 80/50
Hypothermie < 35°5
Hyperthermie
Perte de poids très rapide (> 2 kg/semaine)
Aphagie totale
Refus de boire
Hypokaliémie Hypophosphorémie
Hypotension orthostatique
Hypoglycémie symptomatique ou glycémie < 3 mmol/l
Fatigabilité voire épuisement musculaire
Purpura cutané
Escarres

Bilan biologique :

NFS plaquettes, hémostase
Ionogramme sanguin
Réserve alcaline,
Urée, créatininémie
Glycémie.
Phosphorémie, magnésémie
ASAT, ALAT, CPK

2- Adolescente vue en consultation de pédopsychiatrie programmée ou non, demande d'avis somatique :

- Prévoir une consultation de pédiatrie dans la semaine ou la semaine suivante si possible avec Catherine GAMBERT ou avec le CCA de Pédiatrie Générale si absente.
- Evaluation par téléphone des critères de gravité :
Poids, taille, rapidité de l'amaigrissement, pouls TA.

3- Demande de consultation par un médecin généraliste ou un médecin scolaire :

- **Les questions à poser et les actions à proposer avant même une consultation :**
 - ❖ Le sport a-t-il été arrêté ?
→ Faire arrêter impérativement
 - ❖ Contact pris avec la pédopsychiatrie ?
→ Si non fait, demander aux parents de prendre un rendez-vous de consultation non programmée au CMPEA : 05 49 52 34 77
 - ❖ Bilan biologique ?
→ Si pas de bilan, en prévoir un à la consultation (cf encadré).
- **Prévoir une consultation de pédiatrie :**
Dans la semaine ou la semaine suivante si possible avec Catherine GAMBERT ou avec le CCA de Pédiatrie Générale si absente.

Petit guide pour le déroulement d'une consultation :

1- Commencer avec l'adolescente seule :

- Sais-tu pourquoi tu viens à ma consultation ? (déli de l'anorexie ?)
- Début de l'amaigrissement, poids maximum, poids minimum
- Facteurs déclenchants allégués
- Description de son alimentation
- Aménorrhée
- Signes suspects de diagnostic différentiel : diarrhée chronique, douleurs abdo...
- Reconstitution de la courbe de croissance si carnet de santé
- Situation familiale, relation avec les parents, la fratrie, niveau d'études, environnement amical.
- **Examen clinique :**
 - ❖ Poids, taille, TA, pouls, état cutané
 - ❖ Si on veut créer un « électrochoc » en cas de déni de la gravité par un des parents, on peut faire l'examen en leur présence, en principe pas à la première consultation.

- **Annonce des normes de poids en fonction du BMI :**
 - ❖ Poids de sécurité= BMI 13
 - ❖ Poids à atteindre = BMI entre le 3^{ième} et le 50^{ième} percentile.

2- Puis faire entrer les parents avec l'adolescente :

- Leur histoire de l'anorexie : dates, facteurs déclenchants, prise en charge antérieure.
- Antécédents familiaux : pathologies familiales, poids et taille de la fratrie et des parents.
- Leur description de l'alimentation (elle est en général très différente de la description que fait l'adolescente).
- Observer les tensions pendant la discussion.
- Les faire parler devant leur fille de leurs difficultés face à l'anorexie, cela permet de montrer qu'un suivi (psy entre autres) est nécessaire.

3- Présentation du projet thérapeutique :

- **Hospitalisation :**
 - ❖ Elle peut toujours être différée d'un jour ou 2.
 - ❖ Le programme d'hospitalisation individualisé sera présenté à l'entrée.
- **Si pas d'indication d'hospitalisation :**
 - ❖ Suivi en pédiatrie tous les 15 jours. Objectif de reprise de 1 kg en 1 mois.
 - ❖ Suivi pédopsychiatrique
 - ❖ Arrêt de sport
 - ❖ Remise de conseils alimentaires :
Conseils très standards calqués sur ce qui est proposé dans le programme d'hospitalisation et présentés comme un strict minimum :
 - Matin:* 1 thé
2 biscottes (ou 1/2 pain), confiture
1 laitage
 - Midi et soir :*
Viande, poisson ou œuf
Alternance féculent/ légumes verts entre midi et soir
1 laitage
1 fruit ou compote
 - Gouter :* 1 laitage
 - Boissons:* eau : 1,5 l par jour

4- Bilan biologique si non fait récemment :

NFS plaquettes, hémostase

Ionogramme sanguin

Réserve alcaline,

Urée, créatininémie

Glycémie.

Phosphorémie, magnésémie

ASAT, ALAT, CPK

25 OH vitamine D

Albumine, préalbumine

Il n'est pas recommandé de faire un dosage de TSH sauf en cas de doute diagnostique en faveur d'une hyperthyroïdie

Modalités de l'hospitalisation:

➤ **Critères d'hospitalisation pour « sauvetage nutritionnel » :**

- ❖ IMC \leq 13 kg/m² à 15- 16 ans
IMC < 12,7 kg/m² à 13- 14 ans.
Pas plus bas pour les préado même si les normes de l'IMC sont plus basses car il faut aller plus vite pour ne pas freiner la croissance staturale.
- ❖ Fréquence cardiaque < 50/mn.
- ❖ TA < 80/50.
- ❖ Perte de poids très rapide (> 2 kg/semaine)
- ❖ Aphagie totale
- ❖ Refus de boire

➤ **Autres critères utiles et cités dans diverses études :**

- ❖ Tachycardie
- ❖ Hypothermie < 35°5
- ❖ Hyperthermie
- ❖ Hypotension orthostatique entraînant une ascension du pouls de plus de 20/mn ou une baisse de la TA de plus de 10 à 20 mmHg
- ❖ Hypokaliémie ou hypophosphorémie
- ❖ Hypoglycémie symptomatique ou glycémie < 3 mmol/l
- ❖ Fatigabilité voire épuisement musculaire
- ❖ Purpura cutané
- ❖ Escarres

➤ **L'hospitalisation en pratique :**

- ❖ L'hospitalisation en pédiatrie se fait en urgence pour le problème somatique (cf critères ci-dessus).
- ❖ Elle sera la plus courte possible (en pratique, elle dure rarement moins de 2 mois).

- ❖ Fixer clairement au départ les objectifs de soin en pédiatrie :
au moins BMI à 13, plutôt au dessus si sortie en ambulatoire.
- ❖ Utiliser le programme type (cf annexe).
- ❖ Pas de poids de sortie.

Bilan biologique initial :

- **NFS, plaquettes** à la recherche d'une pancytopenie (par appauvrissement du stroma médullaire en graisse et infiltration par une substance gélatineuse amorphe).
Anomalie plus habituelle : anémie le plus souvent normocytaire car carences associées Fer et folates. Leuconéutropénie : GB < 1000/mm³
- **Ionogramme sanguin** : hypokaliémie ?
- **Glycémie** : hypoglycémie = signe de gravité.
- **Réserve alcaline, urée, créatininémie** : insuffisance rénale fonctionnelle fréquente.
- **Phosphate, magnésémie** : facteurs de majoration du risque cardiaque.
- **ASAT, ALAT, TP, CPK** : Signes de souffrance multiviscérale.
Cytolyse hépatique fréquente.
- **Albuminémie, préalbumine**
- **Bandelette urinaire** pour la cétonurie.

Suivi pédopsychiatrique :

- ❖ Adolescente non connue de la pédopsychiatrie : contacter le pédopsychiatre de liaison.
- ❖ Adolescente connue suivie à Tony Lainé :
 - Prévenir le pédopsychiatre de liaison.
 - Des consultations en alternance se font en général pendant l'hospitalisation en pédiatrie.
- ❖ Se donner un temps d'observation de 3 semaines, puis faire une rencontre pédiatre, pédopsychiatre, famille pour présenter le projet thérapeutique ultérieur (hospitalisation à Tony Lainé ou suivi ambulatoire, date de sortie de pédiatrie).
- ❖ En cas de poursuite de l'hospitalisation à Tony Lainé :
 - Prévoir le transfert plusieurs jours à l'avance.
 - Voir en fonction des places à Tony Lainé.
 - Donner une date.
 - Eventuellement garder un peu plus en pédiatrie si pas de place en expliquant que le projet c'est Tony Lainé.

Indications et modalité de la nutrition entérale :

- ❖ **Indication** = BMI < 13.
- ❖ Débuter après 2 - 3 jours d'observation
(sauf en cas de transfert de Tony Lainé pour cette indication)
- ❖ Débuter par 500 ml de Sondalys Iso/ 24h répartis en 2 prises la matinée et le soir.

- ❖ Le moins possible de nutrition entérale nocturne car elles dorment mal et risquent d'éteindre la pompe.
- ❖ Augmenter par palier de 500 ml tous les 3 - 4 jours (jours des pesées) jusqu'à 2000 ml quand elles ne mangent pas du tout et 1500 ml quand elles mangent un peu.
- ❖ En pratique : on augmente jusqu'à 1500 ml, puis si le poids n'augmente pas à la pesée suivante, à 2000 ml.
- ❖ Objectif : prise de poids de 500g par semaine.

Comment diminuer la nutrition entérale ?

- **L'adolescente recommence à manger** : Atteindre BMI > 13 à 2 pesées successives, puis diminuer par palier de 500 ml avec objectif de stabilisation du BMI au dessus de 13.
- **L'adolescente ne mange rien** : Atteindre BMI > 14 à 2 pesées successives et enlever la sonde sans palier de décroissance.

Les compléments nutritionnels :

- Inutiles si on pose l'indication d'une nutrition entérale.
- Eventuellement en booster en cas de stagnation du poids si l'adolescente s'alimente. Jamais d'emblée.
- Observer l'alimentation spontanée quelques jours.

Perfusion :

Uniquement si troubles ioniques au bilan initial. Quelques jours, puis nutrition entérale.

Traitements adjuvants :

Calcidose 500 mg : 1 sachet x2.

Uvesterol D : 1 dose n°1 par jour.

Phosphore Alko 750 mg : 1 cp/j.

On ajoute parfois : Vitamine B1B6 en cas de neuropathie périphérique
Vitamine C si gingivorragies sans thrombopénie.

Eventuellement Théralène pour des troubles du sommeil (à voir si possible avec le psy).

D'autres traitements peuvent être donnés un peu plus tard :

Cystine B6 ou Bépanthène- Biotine pour chute des cheveux

Fer, Foldine.

Probablement inutiles initialement si l'apport calorico protidique est insuffisant.

Cas particulier des plus jeunes :

- Les préadolescentes (10 - 12 ans) ne sont en général pas hospitalisées à Tony Lainé, la structure n'est pas adaptée.
- Se donner une limite inférieure de BMI à 12.
- En cas d'hospitalisation :

- ❖ Pour le suivi pédopsychiatrique : intervention de la pédopsychiatre de liaison.
- ❖ Hospitalisation la plus courte possible.
- ❖ Mesures de séparation familiale allégées : visite de parents en milieu de semaine et le week end.