

## PRISE EN CHARGE

### OBJECTIFS THERAPEUTIQUES :

Les soins somatiques doivent **en première urgence** viser une normalisation des troubles hydroélectrolytiques et d'éventuelles complications mettant en jeu le pronostic ou non.

### Définition d'un poids cible :

Poids ou intervalle de poids cible à définir en fonction des **courbes staturo-pondérale** et notamment du **couloir dans lequel évoluait l'enfant avant les troubles**.

IMC normal >18,5 pour un adulte et chez l'enfant se référer **aux courbes de corpulence (boîte à outil)**

### Objectifs pondéraux :

- ✓ Arrêt de la perte de poids
- ✓ Puis gain pondéral : à déterminer en accord avec le patient (et son responsable légal pour les mineurs) afin de faciliter la prise en charge en créant une relation de confiance.

Dans la phase de reprise, un gain **de 1 kg par mois en ambulatoire** semble un objectif mesuré et acceptable.

(Attention aux œdèmes de dénutrition qui dans un premier temps lorsqu'ils régressent entraîne une perte de poids)

Valoriser : la reprise de poids

Eviter de fixer d'avance un poids minimal qui deviendrait un enjeu

Poids minimal : à ne pas dépasser, sinon une hospitalisation s'impose.

Poids élaboré en fonction de l'âge, de la **courbe de staturo-pondérale**, de la **courbe de corpulence** et **fonction des critères d'hospitalisation**.

### Etat nutritionnel :

Utilité de l'indice de Waterlow (Poids/ Poids attendu pour la taille*)	<b>&lt; 80% dénutrition modérée</b> <b>&lt; 70% dénutrition sévère</b>
---	---

\* poids moyen d'un enfant de même taille cf. courbes de croissance (boîte à outil)

En pratique, IMC < 13 de 12 à 17 ans < 12,5 avant 12 ans. (Critères d'hospitalisation.)

Etat nutritionnel d'après l'OMS chez l'adulte avant 70 ans (en dehors de la présence d'œdèmes)

IMC	Classification
< 10	Dénutrition grade V
10 à 12,9	Dénutrition grade IV
13 à 14,9	Dénutrition grade III
15 à 16,9	Dénutrition grade II
17 à 18,4	Dénutrition grade I
18,5 à 24,9	Normal

### TRAITEMENT ET PREVENTIONS :

#### Traitement :

- ✓ Arrêt de la perte de poids puis prise de poids **progressive** !
- ✓ Réintroduire ou améliorer les repas **par étapes**, afin d'assurer les apports suffisants.
- ✓ Ajout de compléments alimentaires (substitution transitoire), de poly vitamines (B1, folates, vitamine C...), phosphore et oligoéléments (Mg<sup>2+</sup>, Zn...)

*Des apports nutritionnels < 1 600 kcal/j (pour un adulte) ne couvrent pas les apports nécessaires en microéléments : bilan des ingestats à faire par **diététicien**.*

*Une stagnation pondérale à un IMC = 15 kg/m<sup>2</sup> peut s'expliquer par **la correction de la rétention hydrosodée compensant l'augmentation de la masse sèche**.*

*En dessous de ce seuil, il faut rechercher un détournement des apports, des purges, une hyperactivité...*

#### ❖ Attention au syndrome de renutrition :

Troubles hydroélectrolytiques (hypophosphorémie, hypomagnésémie, hypokaliémie...) si IMC<16 et/ou dénutrition sévère chronique :

- **Signe précoce** : tachycardie puis insuffisance cardiaque aigüe.
- Neurologiques : convulsions, coma, délire, ataxie, troubles de déglutition, phonation, vision, syndrome pseudo myasthénique
- Rhabdomyolyse
- Insuffisance respiratoire aigüe

#### Traitements associés :

- Traitements psychotropes nécessaires :

*Il n'existe pas de traitement médicamenteux spécifique de l'anorexie mentale.*

*Attention aux effets indésirables sur un terrain dénutri de certains antipsychotiques et antidépresseurs tricycliques : **allongement du QT**.*

- La prise en charge de référence de l'anorexie mentale reste une approche multidisciplinaire.
  - Le traitement pharmacologique se fera au cas par cas.
  - Chez l'enfant, les thérapies familiales sont préconisées.
- Pour la boulimie, la plupart des études contrôlées concluent à :
  - L'efficacité des antidépresseurs avec moins d'accès d'hyperphagie, moins d'épisodes de purge
  - Bonne efficacité des TCC (thérapie cognitivo- comportementale)

#### Préventions dentaires et digestives des vomissements :

- Il est **recommandé d'éviter le brossage des dents** immédiatement après le vomissement, mais plutôt de **rincer la bouche à l'eau**, et de réduire l'acidité de l'environnement buccal.
- Sang dans les vomissements ? **attention au syndrome de Mallory Weiss**

#### Préventions déminéralisation osseuse :

Supplémentation en calcium et vitamine D.