



HAL
open science

Prise en charge somatique de l'anorexie mentale : l'expérience stéphanoise

Natacha Germain, Bogdan Galusca, Sylvie Mure

► **To cite this version:**

Natacha Germain, Bogdan Galusca, Sylvie Mure. Prise en charge somatique de l'anorexie mentale : l'expérience stéphanoise. *Nutritions & Endocrinologie*, 2014, 12 (65), pp.111-114. <hal-05026917>

HAL Id: hal-05026917

<https://hal.science/hal-05026917v1>

Submitted on 9 Apr 2025

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire HAL, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons CC BY-NC-ND 4.0 - Attribution - Non-commercial use - No Derivative Works - International License

Prise en charge somatique de l'anorexie mentale : l'expérience stéphanoise

L'anorexie mentale (AM) est un trouble du comportement alimentaire, une maladie à la fois psychiatrique et nutritionnelle, responsable d'une dénutrition particulière, importante, potentiellement mortelle. C'est une maladie chronique qui nécessite une prise en charge pluridisciplinaire. L'exemple de Saint-Etienne.

Pr Natacha Germain, Dr Bogdan Galusca, Mme Sylvie Mure, Pr Bruno Estour, Service Endocrinologie, Diabète, Maladies Métaboliques et Anorexie Mentale, CHU Saint-Etienne ; Dr Torrence Sigaud, Pr François Lang, Service Psychiatrie, CHU Saint-Etienne.

Déclaration d'intérêt : Pas de lien d'intérêt sur le sujet.

Mots-clés :

Anorexie mentale, Trouble du comportement alimentaire, Dénutrition, Contrat de poids, clivage, prise en charge pluridisciplinaire

L'anorexie mentale (AM) est une maladie frontière entre le psychiatrique et le somatique avec des conséquences nutritionnelles métaboliques, hormonales et viscérales, psychiques et sociales majeures et invalidantes. La prise en charge diagnostique et thérapeutique se doit donc d'être multidisciplinaire.

■ Définition/ Épidémiologie de l'anorexie mentale

L'AM répond à la définition actuelle du DSM-5 publiée par l'American Psychiatric Association dans le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders en mai 2013 qui a récemment revu les critères établis en 1994 dans la DSM-IV. Il s'agit du refus de maintenir un poids corporel au-dessus d'un poids minimum pour l'âge et la taille ; de la peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, alors que le poids est inférieur à la normale ; de la perturbation de l'estimation de son poids corporel ou de ses formes, entraînant une influence excessive sur l'estime de soi, ou un déni de la gravité ; et de l'aménorrhée secondaire de plus de trois cycles, ou aménorrhée primaire. Aux 4 critères de la DSM-IV, la DSM-5 a supprimé l'aménorrhée.

L'AM est en fait une entité complexe au sein d'un groupe plus large que sont les troubles du comportement alimentaire (TCA) dont les manifestations sont très variées : restriction alimentaire dans l'anorexie mentale pure ou pouvant se terminer par des purges alimentaires ou alimentation pulsionnelle de type crises boulimiques... Il existe des formes de passage entre ces deux états.

L'AM est la cause la plus fréquente de maigreur chez les femmes jeunes dans les pays occidentaux. Principalement féminine (9 femmes pour 1 homme), elle touche jusqu'à 1 % de la classe d'âge 15-24 ans et les TCA seraient présents dans 1 à 2 % de cette même tranche d'âge. La prévalence d'environ 50/100 000 et l'incidence semblent discutées dans la littérature. On rencontre 2 pics de diagnostic à 13-16 ans et 17-19 ans. Son évolution est marquée par une mortalité de 2 à 8 % dans les études rétrospectives, avec un taux de guérison (reprise de poids et retour des règles physiologiques) d'environ 50 %.

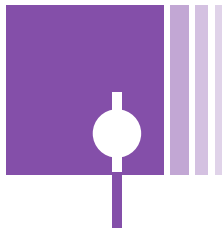
- L'anorexie mentale répond à la définition du DSM-IV révisé DSM-5 en mai 2013.
- L'anorexie mentale est une entité précise au sein d'un groupe plus vaste de troubles du comportement alimentaires fréquents. Il existe des états de passage entre les différentes formes de troubles du comportement alimentaire.
- 1 % de la classe d'âge 15-24 ans
- 9 femmes pour 1 homme
- 2 pics de diagnostics : 13-16 ans / 17-19 ans
- 2 - 4 % de décès selon les études
- 50 % de guérison

■ Présentation clinique :

Un syndrome psychiatrique et une dénutrition

La présentation clinique est complexe car double à la fois psychiatrique et somatique.





Sur le plan psychiatrique

La peur panique de grossir, de perdre le contrôle et de devenir obèse représentent un frein majeur à la guérison. S'y associent des troubles de l'image du corps ou dysmorphophobie ("mes fesses... mes cuisses... mon ventre"). On retrouve le plus souvent un profil psychologique qui associe la maîtrise ("je fais ce que je dis"), le perfectionnisme ("dans le travail et sur le corps"), et la persévérance, ce qui peut favoriser l'isolement social, la perte de contact avec la réalité ou le déni voire l'anosognosie ("je mange, je ne suis pas maigre"), la perte de la préoccupation sexuelle, et fréquemment une hyperactivité physique pour augmenter consciemment la dépense énergétique. Ces paramètres et leur évolution sont mesurables par des échelles validées. Enfin, les patientes sont souvent dans le clivage plus ou moins conscient, technique du diviser pour mieux maîtriser"... Parallèlement, on pourra trouver associés des éléments de dépression ou d'anxiété n'entrant pas forcément dans la définition mais compliquant la prise en charge.

- Un amaigrissement progressif, souhaité, nié et supporté
- Responsable d'une dénutrition sévère
- Diagnostiquée tardivement
- D'abord lipidique puis généralisée
- Pouvant aller à plus de 25 % de perte du poids corporel
- Aux conséquences multiples et d'intensités proportionnelles à l'IMC, la rapidité de perte de poids et au poids d'équilibre au poids génétiquement programmé.

Sur le plan somatique

L'amaigrissement est particulier car progressif, souhaité, nié, supporté. Cette présentation atypique explique souvent les délais longs avant le diagnostic et la prise de conscience de l'entourage et l'angoisse de celui-ci au moment du diagnostic devant la dénutrition extrême avec un indice de masse corporelle (IMC) souvent inférieur à 17,5 kg/m². La restriction alimentaire d'abord qualitative devient quantitative, associées ou non à des stratégies de purges (vomissements provoqués, usages de laxatifs, diurétiques, hormones thyroïdiennes, drogues anorexigènes, hyperactivité physique, potomanie, crises boulimiques). Les conséquences nutritionnelles sont multiples et d'intensités proportionnelles à l'IMC, à la rapidité de perte de poids et au poids d'équilibre ou au poids génétiquement programmé ainsi qu'à la susceptibilité individuelle. La dénutrition est particulière d'abord lipidique puis généralisée entraînant une perte de poids de plus de 25 % du poids initial mesurée par DXA, différente de la cachexie hyper catabolique des grands brûlés, des sepsis ou des cancers et s'associant à une diminution du métabolisme de base : maigreur, amaigrissement, peau sèche et cartonnée, bradycardie pouvant atteindre 35 pulsations par minute, cyanose des extrémités (nez, mains, pieds) à type de pseudo syndrome de Raynaud, lanugo, hypothermie entre 35° et 36°. La parotidomégalie est rare et témoigne de purges associées. Les complications organiques sont les anomalies du bilan hépatique, les troubles du rythme,

mais aussi à plus long terme l'infertilité et, l'altération de la masse osseuse (50 % d'ostéoporose) responsable de fractures à distance.

Sur le plan biologique

On retrouve de nombreuses anomalies hormonales secondaires à la dénutrition, un syndrome de "basse T3", un pseudo cushing qui participe à l'ostéogénie et au lanugo et peut-être également à l'hyperactivité physique et au bien-être qui freine la reprise de poids et impose l'affrontement (voire plus loin), une insuffisance gonadotrope qui explique l'aménorrhée. La carence en œstrogène participe à l'ostéopénie. La mise sous œstrogène n'améliore la masse osseuse qu'associé à un retour au poids génétiquement programmé. La pilule qui entraîne une hémorragie de privation, permet de masquer l'aménorrhée et entretenir le déni. Sa prescription nécessite réflexion. Les marqueurs nutritionnels classiques restent longtemps normaux et témoignent souvent d'une gravité tardive. Les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS,) définissent des critères de gravité, en vue d'une hospitalisation, cliniques et biologiques comme une bradycardie ou une hypokaliémie par exemple. Ces paramètres ne font que constater le plus souvent une dégradation somatique déjà installée ou plus ou moins évidente comme les purges ou le syndrome de renutrition. Nous avons pu dans une étude de cohorte rétrospective sur 210 patientes AM montrer l'hétérogénéité des marqueurs hormonaux en fonction de l'IMC, montrant une adaptation individuelle face à la dénutrition et surtout repérer comme marqueurs prédictifs d'événements aigus l'élévation des catécholamines, du cortisol et de la GH, toutes trois impliquées dans la contre-régulation des hypoglycémies.

► L'intérêt d'un bilan hormonal et nutritionnel

Face à ses conséquences somatiques, il est essentiel de réaliser un bilan hormonal et nutritionnel. Ce bilan doit servir bien sûr en premier lieu à dépister les complications somatiques et les facteurs de gravités pour planifier leur prise en charge, programmer le suivi, déceler les situations à risque et les indications d'hospitalisation en réanimation, de nutrition entérale, ou pour mettre en place un suivi plus rapproché sur le plan somatique. Le bilan somatique est également un outil thérapeutique : Le bilan hospitalier est une étape initiale dans la prise en charge, un bilan de réalité pour la patiente et son entourage. Cet élément fondateur indique à tous que la maladie est présente et qu'il faut la prendre en charge. L'anorexie mentale est une maladie chronique qu'il ne faut pas prendre à la légère et qui nécessite un bilan initial pour poser les bases de la prise en charge à l'image du diabète par exemple. Enfin, le bilan est un outil diagnostique différentiel des autres formes de TCA mais aussi des amaigrissements "organiques" (cancers, hémopathie, infections), des maigreurs psychogènes (avec syndrome dépressif), de la maigreur constitutionnelle (sans aménorrhée, ni perte de masse grasse, ni anomalies hormonales décrites par la suite) et des aménorrhées atletica qui sont parfois difficile de différencier de l'AM du sportif).



• Le bilan somatique

- Comme outil de dépistage des complications set des facteurs de gravité
- Comme outil thérapeutique, le bilan de réalité
- Comme outils de diagnostic différentiel

► La prise en charge.... ou plutôt les prises en charge

L'anorexie mentale est une maladie chronique. Il faut en moyenne 6 à 12 mois pour faire accepter le diagnostic à la patiente et à la famille, fondement nécessaire à la mise en place des stratégies thérapeutiques jalonnées par de nombreuses évaluations et entretiens médicaux réguliers pendant 24 mois de traitement en moyenne. La prise en charge de l'anorexie mentale a un double objectif : la reprise de poids avec retour à un poids génétiquement programmé et l'amélioration du profil psychologique. Elle est donc forcément pluridisciplinaire impliquant le médecin somaticien endocrinologue et le psychiatre mais aussi l'infirmière, le médecin généraliste, le réseau, les associations de parents... Actuellement il existe de multiples techniques de prise en charge comme les ateliers de psychomotricité, image du corps, musicothérapie, photo-langage, réflexothérapie, soins du corps et du visage... plus ou moins évaluées dans la littérature scientifique se heurtant parfois à la réalité de la médecine par les preuves. Il faut les voir comme des outils plus que comme des recettes. La littérature scientifique s'accorde à dire que la prise en charge de la famille est un aspect essentiel du traitement et valide le contrat de poids comme un outil assez standard. L'essentiel, et la difficulté principale de cette prise en charge multi-outils et pluridisciplinaire, est d'éviter le clivage entre les soignants qui est un frein à la guérison.

- Prise en charge chronique, 24 mois en moyenne
- Prise en charge multi-outils pluri disciplinaire
- Prise en charge de la famille
- Contrat de poids
- Eviter le clivage

► L'exemple stéphanois

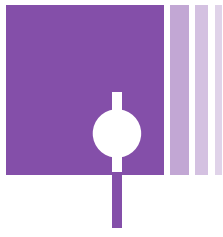
À Saint-Etienne, plus de 600 anorexiques mentales ont été prises en charge depuis plus de 20 ans, résultat d'une collaboration historique entre le service d'Endocrinologie et de psychiatrie. Toutes les équipes sont unies mobilisées autour de la patiente et de sa famille. Nous utilisons le contrat de poids ambulatoire et/ou en hospitalisation ou chaque membre a sa place à un moment de l'histoire de la patiente.

Le contrat de poids est l'outil de l'affrontement qui permet l'alliance thérapeutique avec la patiente et sa famille avec comme arbitre objectif, la balance. Ce contrat moral est écrit, signé par la patiente et le médecin et représente donc un engagement mutuel des 2 parties. La patiente s'engage à reprendre du poids et le médecin s'engage à la suivre pour reprendre du poids. Il donne au médecin la légitimité de cet "affrontement" et à la patiente la capa-

cité d'utiliser sa propre persévérance au service de sa guérison. Le contrat prévoit d'abord une prise de poids en ambulatoire qui est généralement préférable comme le souligne les recommandations de la Haute Autorité de Santé. En cas d'échec du contrat ambulatoire, il faut alors avoir recours à l'hospitalisation. D'autres critères d'hospitalisation existent notamment des critères de gravités somatiques.

L'hospitalisation a lieu dans un milieu plus ou moins fermé limitant les interactions avec l'extérieur mais n'empêchant pas le contact avec le personnel soignant paramédical. Quel est alors le rôle du personnel paramédical en contact direct avec la patiente ? Quelles en sont les difficultés ? La première difficulté est celle de la séduction de ces patientes pouvant aller jusqu'au contre transfert. L'empathie nécessaire à la bonne prise en charge des patientes devant aider à la neutralité. Il faut quotidiennement se heurter au chantage de l'organique ("je suis constipée"). Il faut faire face à l'anxiété des parents qui ont un droit de visite limité contrôlé, répondre à leur inquiétude, les rassurer... L'objectif est la encore d'éviter le clivage toujours présent qui peut parfois s'insinuer entre les paramédicaux et les médicaux ou entre les paramédicaux entre eux. Pour cela les réunions, les relèves et les dossiers suivis permettent de garder un discours unique et cohérent qui rassure la patiente et sa famille et qui installe un climat de confiance. L'équipe sait où elle va et ce qu'elle fait. Elle a une stratégie une et indivisible. Malheureusement, l'anorexie mentale est une maladie grave avec un pourcentage de décès faible, soit, mais inacceptable à cet âge. Face à cette fin de vie et parfois à la nécessité de la mise en place de soin palliatif, l'anxiété du soignant est à prendre en compte et les équipes ont besoin d'être formées et soutenues.

Face à une maladie dont la symptomatologie criante est la restriction alimentaire, la question de la prise en charge diététique se pose. À la phase aiguë de la maladie, pendant la perte de poids, la prise en charge avec des conseils diététiques au sens commun du terme ne semble pas utile chez une patiente qui a une très bonne connaissance des apports caloriques et nutritionnels des aliments et qui a très bien su choisir les aliments qu'il fallait supprimer dans son alimentation pour maigrir. De plus, une alimentation déséquilibrée est nécessaire avec des apports supérieurs aux dépenses pour enrayer la perte de poids et permettre la reprise de poids. Ce déséquilibre passe par le gras ce qui bloque les patientes. En revanche, après guérison, la prise en charge diététique sera utile pour aider à la mise en place définitive d'une alimentation équilibrée, gage d'une stabilité du comportement alimentaire. L'enjeu est d'éviter de passer de l'anorexie à la boulimie, alors qu'on a vu que les passages d'un état à l'autre sont fréquents. Dans le service nous privilégions donc une prise en charge nutritionnelle plutôt que diététique... Il n'y a pas d'entretien diététique à l'arrivée, mais la mise en place d'un contrat de soins alimentaire avec choix des repas, alimentation riche et déséquilibrée sur les 3 repas officiels



encadrés par une pesée non programmée. L'objectif est de favoriser la reprise de l'alimentation. En cas d'échec et/ou de critères de gravité clinico biologiques comme définis par la HAS, la mise en place d'une sonde d'alimentation naso-gastrique avec alimentation nocturne est discutée. La place de la nutrition entérale est difficile à établir dans la littérature et les écoles et avis d'experts divergent.

Conclusion

L'anorexie mentale est une maladie grave parfois mortelle qui touche la femme jeune. Elle est à la frontière entre le

psychiatrique et le somatique et nécessite à ce titre une prise en charge pluridisciplinaire. La prise en charge somatique est nutritionnelle plus que diététique et passe par des bilans somatiques initiaux systématiques et de suivis réguliers. De nombreux outils sont à la disposition des soignants, dont le contrat de poids (ambulatoire/hospitalisation) pour une prise en charge chronique dont l'objectif est la reprise de poids et l'amélioration psychologique. Cela implique la mobilisation de tous les membres des équipes soignantes dont la coordination est le garant de l'efficacité. ■

Références

1. Attia E, Becker AE, Bryant-Waugh R, Hoek HW, Kreipe RE, Marcus MD, et al. Feeding and Eating Disorders in DSM-5. *American Journal of Psychiatry*. 2013;170(11):1237-9.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Association AP, editor. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
3. Eddy KT, Dorer DJ, Franko DL, Tahilani K, Thompson-Brenner H, Herzog DB. Diagnostic crossover in anorexia nervosa and bulimia nervosa: implications for DSM-V. *The American journal of psychiatry*. 2008;165(2):245.
4. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. *World Health Organ Tech Rep Ser*. 1995;854:1-452.
5. Fisher M, Golden NH, Katzman DK, Kreipe RE, Rees J, Schebendach J, et al. Eating disorders in adolescents: a background paper. *J Adolesc Health*. 1995 Jun;16(6):420-37.
6. Hoek HW. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Curr Opin Psychiatry*. 2006 Jul;19(4):389-94.
7. Kjelvas E, Bjornstrom C, Gotestam KG. Prevalence of eating disorders in female and male adolescents (14-15 years). *Eat Behav*. 2004 Jan;5(1):13-25.
8. Steinhausen HC. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *Am J Psychiatry*. 2002 Aug;159(8):1284-93.
9. Viricel J, Bossu C, Galusca B, Kadem M, Germain N, Nicolau A, et al. [Retrospective study of anorexia nervosa: reduced mortality and stable recovery rates]. *Presse Med*. 2005 Nov 19;34(20 Pt 1):1505-10.
10. Bastiani AM, Rao R, Weltzin T, Kaye WH. Perfectionism in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. 1995;17(2):147-52.
11. Wade TD, Bulik CM, Neale M, Kendler KS. Anorexia nervosa and major depression: shared genetic and environmental risk factors. *American Journal of Psychiatry*. 2000;157(3):469-71.
12. Estour B, Germain N, Diconne E, Frere D, Cottet-Emard JM, Carrot G, et al. Hormonal profile heterogeneity and short-term physical risk in restrictive anorexia nervosa. *J Clin Endocrinol Metab*. 2010 May;95(5):2203-10.