

■ Revues générales

Anorexie mentale : repérage, diagnostic et suivi en cabinet de pédiatrie

RÉSUMÉ : L'anorexie mentale est une maladie fréquente avec une prévalence vie-entière de près de 1 %. Le pic de prévalence est observé en fin d'adolescence avec un sex-ratio d'un garçon pour neuf filles. Les facteurs prédisposant à cette maladie sont de mieux en mieux connus : facteurs génétiques, sociétaux, familiaux et individuels.

Nous proposons une trame pratique permettant l'identification des troubles, l'annonce diagnostique et les principaux éléments de prise en charge.

Nous mettons aussi à disposition du lecteur des documents faciles d'accès, à l'intention des soignants, de la famille et du patient.



R. DE TOURNEMIRE

Service de Pédiatrie, CHU Ambroise-Paré, APHP
BOULOGNE-BILLANCOURT,
Vice-président de la Fédération française anorexie
boulimie.

L'anorexie mentale est une maladie psychiatrique avec des intrications somatiques importantes décrite par Ernest-Charles Lasègue en France et William W. Gull en Angleterre à la fin du XIX^e siècle. La maladie débute généralement entre l'âge de 12 et 25 ans. L'évolution vers la guérison en 2 à 3 années est habituelle bien qu'un passage à la chronicité est possible. Un retard diagnostique est fréquent chez les plus jeunes et chez les garçons en raison des caractéristiques cliniques et épidémiologiques habituelles.

■ Repérage

Outre l'âge et le sexe, les autres facteurs de risque doivent être connus afin de porter une plus grande attention dans le suivi de ces enfants et adolescents :

- les antécédents familiaux d'anorexie mentale, de boulimie nerveuse, ou d'hyperphagie boulimique ;
- les antécédents personnels de variations pondérales (changement de couloir sur les courbes), de surpoids ou d'obésité ;
- les antécédents de maladie nécessitant une attention importante à l'alimentation ;

- les sports à risque (sports à catégorie de poids comme la boxe ou le judo) ; sports "esthétiques" comme la danse ; sports où un poids bas conduit à des bénéfices en termes de performance (escalade, cyclisme) ; sports d'endurance (triathlon, marathon, natation) ;
- le mannequinat.

■ Éléments de repérage

Plusieurs comportements doivent alerter :

- rupture dans le comportement alimentaire : régime quel qu'il soit, régime végétarien, arrêt de tout ce qui est sucré, diabolisation du gras, tris alimentaires, dissimulation d'aliments, lenteur des repas, excès de condiments ;
- intérêt nouveau pour tout ce qui est alimentaire (cuisiner pour la famille, intérêt à contempler des images de desserts sur Instagram ou Tik Tok) ;
- comptage des calories ;
- prise d'eau excessive (pour contrôler la faim ou masquer la perte de poids) ;
- vomissements provoqués après les repas, mérycisme extériorisé ;
- utilisation récurrente de laxatifs ;

■ Revues générales

– modifications des activités physiques, “activités physiques inadaptées” plus que sportives : marche à pied prolongée, course à pied, séances de gainage ou d’abdominaux, station debout ;
– pesées fréquentes parfois pluriquotidiennes ;

– changement de couloir vers le bas de la courbe de corpulence (IMC). Attention aux situations d’obésité où la perte de poids rapide est parfois vue comme bénéfique ;

– aménorrhée primaire (> 15 ans) ou secondaire chez les filles (qui n’est plus un critère diagnostic) ;

– réflexions sur les formes de son propre corps perçues comme excessives (ventre, cuisses) ;

– modification des habitudes sociales : repli sur soi, hyper-investissement scolaire ;

– absence d’inquiétude malgré les préoccupations de l’entourage et des professionnels.

Particularités chez les plus jeunes :

– plaintes abdominales pour justifier le refus alimentaire ;

– refus de boire, émétophobie, phagophobie.

Particularité chez les garçons : recherche en priorité d’une prise de masse musculaire plutôt que la perte du tissu adipeux avec, dans la phase initiale, des modifications alimentaires plus qualitatives que quantitatives.

Ces éléments ne sont pas systématiquement tous présents. Il existe, par exemple, d’authentiques tableaux d’anorexie sans comptage calorique ou surveillance excessive du poids. Les conduites purgatives ne concernent que 1/3 des patients.

■ Poser le bon diagnostic

Devant une perte de poids associée aux éléments précédents, le diagnostic d’anorexie mentale peut être posé. Globalement, le diagnostic peut être

évoqué chez une adolescente qui perd du poids à une période de la vie où une prise pondérale est attendue et qui, dans le même temps, se met à beaucoup cuisiner, à compter les calories, à se plaindre de son ventre trop gros ou à rechercher activement des dépenses physiques.

Le diagnostic est parfois plus difficile, notamment chez les plus jeunes. Selon le tableau clinique, il sera nécessaire d’éliminer un diabète sucré (notamment en cas de potomanie associée), une maladie inflammatoire du tube digestif, une achalasie de l’œsophage ou une œsophagite à éosinophiles (devant des vomissements).

■ Nommer la maladie, expliquer en quelques mots et mettre en place les premiers soins

Il est recommandé de nommer la maladie avec tact et sans stigmatisation et de souligner qu’elle est un mode d’adaptation comportementale à un mal-être préexistant (HAS).

Il faut expliquer que cette maladie peut devenir chronique, avec des conséquences potentiellement graves à court et long termes, nécessitant des soins médicaux, nutritionnels et psychiques.

L’objectif des soins est d’abord une restauration du poids, avec un objectif de

guérison plus large comprenant une dimension psychologique, sociale et relationnelle.

■ Premiers soins

Les parents sont en position de cothérapeutes. Ils doivent tenter de suivre les prescriptions médicales et non les directives souvent irrationnelles de leur enfant malade. On s’assure avec eux qu’ils ont la possibilité d’accompagner leur enfant sur des temps longs : travail à temps partiel, télétravail, arrêt de travail, aides de la caisse d’allocation familiale... Les principales recommandations sont décrites dans le **tableau I**.

■ Premières consultations (hebdomadaires ou tous les 15 jours selon gravité)

Le corps ne doit pas être négligé. La consultation comprendra un temps avec l’enfant seul, si c’est un adolescent, puis avec le ou les parents. On prendra soin de solliciter les deux parents, ensemble ou à tour de rôle pour que chacun soit impliqué.

L’examen clinique, systématique, se fait en sous-vêtement. La pesée ne nécessite pas un commentaire immédiat. L’IMC est calculé avec une taille récente (la dénutrition interrompt rapidement puberté et croissance staturale). La fréquence

- Retirer la/les balances pour éviter les pesées en dehors du cabinet médical.
- Ne pas accepter la participation de leur enfant à la préparation des repas, ni au choix du repas, ou aux courses alimentaires.
- Utiliser une assiette de taille normale, avec repas équilibré en termes de féculents, protéines et lipides (guidé si besoin par une diététicienne). Le parent prépare et sert.
- Présence d’au moins un parent pendant le repas.
- Temps de repas limité (30 à 40 min, par exemple), sans autoriser les levés de table.
- Après le repas, votre enfant doit rester 1 heure avec un tiers sans possibilité de se retrouver seul (limite le risque de vomissements, d’activités excessives, de temps angoissant d’observation devant un miroir...)
- Éviter les émissions culinaires, le temps excessif sur les sites/réseaux à regarder des aliments. Les discussions sur l’alimentation et la forme des corps doivent être prohibées.
- Port de vêtements chauds.
- Arrêt du sport selon l’état physique ; diminution de l’activité physique inadaptée avec présence de tiers.

Tableau I : Recommandations à l’intention des parents.

cardiaque et la pression artérielle couchée puis debout à 1, 3 et 5 minutes sont mesurées. Le stade pubertaire est évalué. La date éventuelle de la ménarche et des dernières règles, chez les filles, est consignée. On sera attentif à l'état cutané (lanugo, acrocyanose, brûlures – consécutives à des tentatives de réchauffement-, hématomes sur des zones sollicitées par des exercices excessifs- gainages, abdominaux-, scarifications, lésions de grattage liées à l'anxiété).

Une excoriation à la jonction métacarpo-phalangienne de l'index (main dominante) invite à questionner sur des conduites purgatives (signe de Russel). Une attention particulière à l'état dentaire doit être faite si présence de vomissements ou d'un reflux gastro-œsophagien.

Le colon est palpé (plaintes fréquentes autour d'une constipation qui est "normale" compte tenu des faibles apports alimentaires et de la réduction du péristaltisme [syndrome de basse T3]). Enfin, on vérifie que la vessie n'est pas tendue, auquel cas on demande au patient d'aller vider sa vessie avant de se reposer.

Un bilan initial est prescrit, adapté aux comportements alimentaires ou purgatifs repérés. En pratique, il est indispensable d'avoir un ionogramme sanguin à la recherche de troubles hydro électrolytiques (hypokaliémie ou hyponatrémie) ou d'une insuffisance rénale. En cas de dénutrition importante, il est nécessaire de réaliser le bilan suivant : NFS plaquettes (anémie carentielle, neutropénie, thrombopénie par hypoplasie médullaire), transaminases, phosphatémie, feritinémie (souvent élevée) et vitamine D.

Un ECG est utile en cas d'hypokaliémie ou avant la prescription éventuelle de psychotropes (recherche d'un allongement du QTc).

Une ostéodensitométrie est prescrite au-delà de 6 mois d'évolution.

POINTS FORTS

- L'anorexie est la troisième maladie chronique après l'obésité et l'asthme à l'adolescence. Un repérage précoce améliore le pronostic.
- L'anorexie mentale est caractérisée par une dimension de contrôle qui évolue telle une addiction : contrôle de la faim, du corps, de ses émotions, des notes, de son entourage.
- Le terme d'anorexie est consacré mais inadapté. Une faim tenace (mais souvent niée) est présente, au moins les premiers mois.
- La prise en charge est nécessairement pluri-professionnelle avec prise en compte des dimensions médicales, nutritionnelles, psychologiques et psychiatriques.
- Dans sa forme la plus commune, l'anorexie mentale à l'adolescence est une maladie de relativement bon pronostic avec le plus souvent une guérison après 2 ou 3 années.

Traitements nutritionnels

Des apports corrects en calcium et vitamine D sont essentiels, même s'ils sont insuffisants à prévenir seuls le risque d'ostéopénie. En cas de dénutrition, les apports de vitamine D recommandés sont doublés. On pourra ainsi prescrire une association calcium 500 mg/vitamine D 800 UI, à raison d'une ou deux prises en fonction des apports spontanés, de la prise de polyvitamines ou de compléments nutritionnels et du phototype.

Du phosphore (50 gouttes matin et soir pendant 1 à 2 semaines) est recommandé pour prévenir le risque de syndrome de renutrition dans le cas plutôt rare, où un patient très dénutri réagirait rapidement à l'injonction de se réalimenter.

Une supplémentation en vitamines et oligoéléments pendant 1 mois est nécessaire.

Des compléments nutritionnels oraux (CNO) peuvent permettre de passer une phase aigüe, le temps d'une réalimentation de qualité. Nous recommandons un à deux CNO lactés (bouteilles de 200 mL apportant 400 Kcal, par exemple), à

prendre entre les repas, versé dans une tasse (pour éviter la confrontation aux étiquettes nutritionnelles), sous la surveillance parentale (et non d'un frère ou d'une sœur).

Traitements médicamenteux

La prescription de laxatif n'est recommandée qu'en présence de plaintes douloureuses associées à un colon perçu comme particulièrement plein. L'administration est sous la responsabilité des parents car ce traitement peut être pris en excès.

Un traitement par IPP est proposé en cas de douleurs rétrosternales sur reflux ou vomissements. Il est plus discutable sur la prévention des atteintes dentaires (risque d'aggravation de l'ostéopénie).

Aucun psychotrope ne traite l'anorexie mentale. Des antidépresseurs (fluoxétine, sertraline) sont parfois prescrits dans le cadre d'une dépression persistante malgré la reprise de poids et/ou des neuroleptiques (cyamémazine) en association à un traitement antidépresseur ou dans le cadre d'une anxiété majeure.

Revue générale

L'avis d'un pédopsychiatre est alors nécessaire. Les troubles du sommeil sont fréquents en accompagnement de la dénutrition et de la mélatonine ou de l'alimémazine peuvent être proposés.

Les traitements hormonaux n'ont aucune place en début de prise en charge et sont discutés par des équipes spécialisées en cas de retard pubertaire persistant ou d'ostéopénie sévère.

Point particulier : en cas de vomissements

Le patient et ses parents doivent être informés des risques d'hypokaliémie et d'atteinte dentaire. Dans les périodes d'augmentation des conduites de purge, une surveillance de la kaliémie est nécessaire. Un traitement par potassium *per os* peut être prescrit devant une hypokaliémie minime (> 3 mM). En deçà, une orientation vers les urgences est nécessaire. Vis-à-vis des atteintes dentaires, on conseillera d'éviter le brossage des dents juste après les vomissements et de privilégier un rinçage à l'eau ; un suivi dentaire pour prévention et recherche de lésions dentaires et gingivales est proposé. Enfin, on s'assurera que les éventuels traitements prescrits sont pris à distance des vomissements au risque d'une inefficacité de ces derniers.

Prise en charge pluri-professionnelle : à quel moment ?

L'anorexie mentale est une maladie qui nécessite une forte cohésion entre parents et l'ensemble des professionnels impliqués. Le premier temps thérapeutique est l'annonce diagnostique et la mise en place de consignes claires et indiscutables.

D'autres professionnels peuvent être sollicités selon les besoins du patient, de sa famille mais aussi selon les possibilités locales et financières. Ces mala-

dies nécessitent les compétences de professionnels souvent mal ou non remboursés par l'Assurance maladie ou les mutuelles.

>>> Le/la pédopsychiatre : d'emblée en cas d'atypicités autres que celles décrites dans les TCA, de symptômes d'emblée très intenses, d'idéations suicidaires, d'antécédents faisant penser à un trouble du développement précoce, ou de comorbidités évidentes. La plupart du temps, le pédiatre se donnera le temps de quelques consultations pour observer l'évolution psychique, notamment avec la reprise de poids.

>>> Le/la diététicien.ne : essentiel dans l'accompagnement des parents, il doit avoir suivi une formation complémentaire sur la prise en charge des TCA restrictifs. Il permet d'ajuster progressivement les quantités, de confondre les idées fausses, et d'accompagner la réhabilitation alimentaire, tant sur les plans quantitatif que qualitatif.

>>> Le/la psychologue : une psychothérapie ne peut se concevoir qu'avec un minimum de capacité à penser, échanger. Lorsque l'envahissement par des "cognitions anorexiques" est très intense, il est alors intéressant de proposer une psychothérapie en décalé pour éviter une rencontre ratée.

Les thérapies familiales ou plus récemment multifamiliales (TMF) ont fait la preuve de leur efficacité dans l'anorexie mentale. La recherche de solutions par la famille est gage d'amélioration. Les TMF consistent à permettre à plusieurs familles avec un enfant souffrant d'une même problématique de se rencontrer à un rythme régulier, accompagnés par des thérapeutes, avec un programme défini.

Les approches corporelles autour de ce corps maltraité, mal aimé, mal perçu sont utiles à travers des médiations corporelles (psychomotricité, kinésithérapie, art-thérapie, ergothérapie) : travail sur les

sensations corporelles, la dysmorphophobie, le port des vêtements.

Les principaux critères devant conduire à préparer une hospitalisation

Les critères d'urgence peuvent être d'ordres organique, psychiatrique ou environnemental [*cf* HAS Anorexie] :

Sur le plan organique, on retiendra l'existence de malaises qui sont le plus souvent orthostatiques, mais parfois secondaires à une hypoglycémie, une faiblesse musculaire, un IMC bas avec une dynamique négative, des anomalies biologiques (hypokaliémie accompagnant les conduites purgatives, hyponatrémie dans les potomanies sévères, cytolyse hépatique > 4 N dans les dénutritons avancées).

Les motifs psychiatriques comportent l'envahissement majeur des pensées par l'alimentation ou les obsessions autour du corps, une activité physique excessive incontrôlable ou une crise suicidaire.

Les motifs environnementaux peuvent être l'absence de projet possible en ambulatoire, l'épuisement familial ou parfois le rejet familial secondaire à la tyrannie anorexique.

L'hospitalisation peut aussi être indiquée, à temps plein ou en hôpital de jour, en l'absence d'évolution favorable après quelques mois. L'évolution pondérale est un indicateur fort. Une prise de 1 kg par mois est l'objectif minimum lors d'une renutrition en ambulatoire.

L'hospitalisation ne doit jamais être une menace. Elle peut être évoquée tout au long du suivi comme une aide supplémentaire, selon l'évolution et l'intensité des symptômes. La Fédération française anorexie boulimie (FFAB) propose, sur son site, les coordonnées des principales structures compétentes en France.

POUR EN SAVOIR PLUS

Documents pour le médecin :

- Les indispensables sur l'anorexie: HAS reco2 clics :
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/reco2clics_-_anorexie_mentale.pdf
- Rôle du médecin traitant en consultation. Version courte Anorexiclic :
<https://tca-poitoucharentes.fr/anorexiclic/>
- Critères d'hospitalisation : HAS Anorexie mentale :
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-09/fs_anorexie_3_cdp_300910.pdf
- Les urgences Fiche outil HAS Boulimie, Hyperphagie Boulimique (concerne aussi l'anorexie):
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/fs_boulimie_urgences_v3.pdf
- Fiche à l'intention des dentistes en cas de conduites purgatives répétées :
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/fs_boulimie_prise_en_charge_dentaire_v2.pdf

- Trouver une équipe spécialisée : Site de la Fédération française anorexie boulimie Info service (ffab.fr)
<https://ffab.fr/trouver-de-l-aide/annuaire-2021?regionSearch=%C3%8E-le-de-France>

Documents pour les parents :

- Fiche HAS à télécharger :
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-09/3ebafs_famil-lepatient_anorexie_2209.pdf
- Ouvrage pour parent d'adolescent(e) malade :
Comment sortir de l'anorexie, Yves Simon, François Nef, Odile Jacob 2024.

Documents pour les parents, le patient, les frères et sœurs :

- Livre “*Tu peux en sortir ! Anorexie, boulimie, hyperphagie, etc.*”, Maria Poblete (auteur) Alice Bunel (illustratrice). Éd. Acte Sud Jeunesse 2024.
- Livret “*Les TCA*”. Éd. Dubourdon, 2024.

Fédération nationale des associations liées au TCA : <https://www.fna-tca.org/>**Ligne téléphonique nationale dédiée aux TCA (fig. 1).**

Fig. 1 : Ligne téléphonique à destination des patients, familles, proches et professionnels.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de liens d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.