

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2006

N°25

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en Médecine Générale

par **Sigrid CAMION-MENANT**

née le 8 / 01 / 73 à Neuilly sur Seine

Présentée et soutenue publiquement le 13 Juin 2006

**ANOREXIE MENTALE DE
L'ADOLESCENTE : INTÉRÊT DE
L'APPROCHE SOMATIQUE**

Président : Monsieur le Professeur M. AMAR
Directeur de thèse : ~~Docteur~~ G. PICHEROT

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	7
HISTORIQUE	9
EPIDEMIOLOGIE	13
I. Incidence	14
II. Prévalence et sex-ratio	14
III. Âge de survenue.....	14
IV. Mortalité.....	15
V. Caractéristiques familiales	15
DIAGNOSTIC DE L'ANOREXIE MENTALE.....	16
I. Définitions	17
1. Critères diagnostiques de Feighner	17
2. Critères de diagnostic de l'anorexie mentale selon le DSM IV	18
II. Les formes cliniques de l'anorexie mentale	18
1. La forme pré pubère.....	18
2. La forme tardive	19
3. L'anorexie mentale masculine.....	19
4. Les formes mineures et réactionnelles	20
III. Les diagnostics différentiels.....	21
1. La maladie de Crohn	21
2. Les pathologies d'origine psychiatriques	22
3. Les autres diagnostics différentiels :	22
ETUDE CLINIQUE	24
I. La patiente	25
1. Les hospitalisations et le suivi par l'équipe	25
2. Situation et antécédents familiaux	25
3. Activités scolaires et extra scolaires	26
4. Antécédents médicaux ou psychologiques	26
II. La maladie	26
1. Âge de début des troubles, temps de latence, et âge lors de la première hospitalisation.	26
2. Facteur déclenchant.....	27
3. Origine de la demande.....	27
4. Motif de la première hospitalisation.....	27
III. Etat clinique et paraclinique à l'entrée	27
1. Paramètres cliniques.....	27
a. Le poids :	27
b. La taille	27
c. L'Indice de Masse Corporelle	29
d. Les constantes	29
e. Aménorrhée.....	29
f. Caractéristiques de l'examen clinique :	29
g. Caractéristiques psychologiques.....	30
2. Les examens biologiques.....	30
a. Numération Formule Sanguine.....	31
b. Ionogramme sanguin	31
c. Fonction rénale	31
d. Fonction hépatique	31
e. Troubles métaboliques	33
f. Bilan hormonal.....	33
g. Marqueurs de dénutrition.....	33
h. Autres	33
3. Les examens paracliniques.....	34
a. Electrocardiogramme (ECG)	34

b. Echographie abdomino-pelvienne	34
c. Radio pulmonaire	34
d. Scanner cérébral	34
e. Âge osseux	34
f. Autres	35
IV. Evolution durant l'hospitalisation	36
1. Evolution biologique	36
a. Phosphore	36
b. Fonction hépatique (transaminases)	37
c. Fonction rénale	37
2. Evolution pondérale	38
3. Mode de prise en charge	38
V. Evolution après l'hospitalisation	38
1. Ré-hospitalisations	39
2. Evolution pondérale	39
3. Reprise pubertaire	39
VI. Cas particuliers	39
1. VALENTINE, où l'anorexie révèle une anomalie génétique	39
2. ELODIE, une forme d'anorexie-boulimie	41
3. ADELE, un cas particulièrement difficile	43
4. MAËLLE, un diagnostic différentiel	47
REVUE DE LA LITTERATURE	49
I. FACTEURS PREDICTIFS	50
1. Âge de début	50
2. Poids	50
3. Hospitalisations et rechutes	51
4. Durée de la maladie et retard de mise en route de la thérapeutique	51
5. Vomissements	52
6. Composantes psychologiques	52
a. Comorbidité psychiatrique	52
b. Traits de la personnalité	52
7. La famille	52
a. Les rapports mère-fille	52
b. Transmission familiale	54
c. Caractéristiques familiales	54
8. Autres facteurs	54
II. LES CONSEQUENCES PHYSIOLOGIQUES DE L'ANOREXIE MENTALE	55
1. Action sur la masse grasse	55
2. Action sur la masse maigre	55
a. Muscles squelettiques	55
b. Muscles lisses	56
3. Troubles circulatoires	57
4. Une plus grande fatigabilité : oui, mais une adaptabilité remarquable	57
5. Conséquences hormonales et fonctionnelles	58
a. Aménorrhée	58
b. Ostéoporose	58
c. La croissance	61
d. Autres	61
6. Fonctionnement neurologique et psychique	61
7. Adaptation du corps à la dénutrition	63
III. LES CONSEQUENCES CLINIQUES ET BIOLOGIQUES DE L'ANOREXIE MENTALE	64
1. Les signes cliniques	64
a. L'apparence de maigreur générale	64
b. Aspect de la peau	65

c. Examen neurologique.....	65
d. Egalement à l'examen clinique.....	65
2. Anomalies du bilan biologique	66
a. Numération Formule Sanguine (NFS).....	66
b. Ionogramme	67
c. Micronutriments	67
d. Cas particulier du phosphore.....	67
e. Fonctions biologiques.....	69
f. Autres	69
3. Signes d'atteinte haute secondaire	70
a. Hormones sexuelles	70
b. Thyroïde	70
c. Hormones et facteurs de croissance	70
4. Troubles du comportement	71
a. Les modifications du comportement vis-à-vis de son propre corps : la maltraitance physique.	71
b. Les troubles du comportement	71
IV. EVOLUTION.....	73
1. Difficultés d'évaluation	73
a. Les critères diagnostics	73
b. Le recrutement	74
c. Les perdus de vue	74
2. Evolution spontanée.....	74
3. Qu'est-ce que la guérison ?	75
4. Evolution globale.....	75
5. Chronicité et rechutes	77
6. Mortalité	78
a. Les chiffres	78
b. Les causes de décès.....	79
7. Les troubles du comportement alimentaire et évolution pondérale.....	79
a. Poursuite de conduites restrictives	79
b. Conduites boulimiques	79
c. Evolution pondérale	81
8. Evolution psychologique	81
a. Comorbidité psychiatrique	81
b. Particularités du fonctionnement psychique	82
9. Insertion socio-professionnelle et qualité de la vie privée.....	82
a. Insertion socio-professionnelle	82
b. Vie privée.....	83
V. LA PRISE EN CHARGE	85
1. Créer une équipe	85
2. Les critères d'hospitalisation	86
a. Les critères cliniques	86
b. Les critères biologiques.....	87
c. Les critères psychologiques	88
d. Au total, deux modes d'hospitalisation	88
3. Examen clinique et interrogatoire à l'entrée	89
a. Les buts	89
b. Examen clinique et interrogatoire au CHU de Nantes	89
c. Revue de la littérature.....	89
4. Bilan biologique et paraclinique à l'entrée.....	90
a. Au CHU de Nantes	90
b. Revue de la littérature	91
5. La surveillance somatique.....	92
a. Au CHU de Nantes	92

b. Revue de la littérature	92
6. Les modes de réalimentation et leurs risques.....	93
a. La nutrition orale.....	93
b. La sonde naso gastrique	94
c. La nutrition parentérale.....	95
7. L'isolement.....	96
a. Intérêts.....	96
b. Ses modes d'application.....	96
c. L'isolement au CHU de Nantes	97
8. Psychothérapie	97
9. Chimiothérapie	98
a. Les psychotropes	98
b. Les suppléments	99
10. Les buts du traitement.....	99
X. LE CONTRAT.....	100
1. Présentation	100
2. Son contenu	101
a. Exemple du département de psychiatrie de l'institut mutualiste Montsouris (Professeur Jeammet) ([42]).....	101
b. Variantes selon les auteurs	101
3. La négociation du poids de sortie	102
4. Les modifications possibles	102
5. Le contrat au CHU de Nantes	103
6. En ambulatoire aussi.....	106
LA DISCUSSION.....	107
I. LES BIAIS DE L'ETUDE.....	108
II. LES HYPOTHESES SUR L'ORIGINE DE L'ANOREXIE	109
1. Les hypothèses somatiques.....	109
2. La pression médiatique et sociale.....	110
3. Les théories sur les facteurs d'ordre psychologique	110
a. Un trouble de l'image du corps.....	111
b. Un trouble de la relation mère-enfant	111
c. Un modèle addictif	112
III. LE RÔLE DU MEDECIN DE FAMILLE	112
1. Un rôle de dépistage	112
2. Un rôle d'orientation	113
3. Un rôle de coordination	113
4. Un rôle de suivi	114
5. Les limites du médecin généraliste	115
a. La disponibilité.....	115
b. Le manque de formation.....	115
c. Des patientes très particulières	115
d. Comment suppléer à ces limites	115
IV. L'INTERÊT D'UNE APPROCHE SOMATIQUE ET NUTRITIONNELLE	117
1. Intérêts physiologiques	117
2. Intérêts psychologiques	119
V. POURQUOI ET COMMENT DIAGNOSTIQUER TÔT	119
1. Intérêt d'un diagnostic précoce	119
2. Comment diagnostiquer tôt ?	120
VI. INTERÊT D'UNE CONSULTATION CONJOINTE MEDICO-PSYCHOLOGIQUE	121
1. L'approche diagnostique	121
2. L'efficacité thérapeutique	121
3. La consultation conjointe au CHU de Nantes	122
VII. LES MODES D'HOSPITALISATION.....	122
1. Intérêts de l'hospitalisation.....	122

2. Comment hospitaliser	123
3. Différence entre l'hospitalisation dans un service de médecine et un service de psychiatrie	124
VIII. PERCEPTION DE L'ADOLESCENCE ET IMAGE DU CORPS	126
1. L'adolescence, une période clé.....	126
a. Qu'est-ce que l'adolescence ?	126
b. Sa représentation, ses implications	126
c. Particularités de l'adolescence chez la jeune fille.....	127
2. L'adolescent et son corps	127
3. L'image du corps dans l'anorexie mentale.....	128
a. Dismorphophobie et dysperception de l'image du corps	128
b. La maltraitance du corps	128
c. Refus d'un corps sexué	129
d. Le refus de devenir adulte	129
CONCLUSION	130

INTRODUCTION

L'anorexie mentale est une pathologie dont l'incidence ne cesse de croître ces dernières années.

Depuis la naissance du concept d'anorexie mentale en tant qu'entité clinique, les définitions et les hypothèses sur ses origines possibles, ainsi que sur ses mécanismes physiopathologiques, se sont succédées.

Aujourd'hui encore, même si il s'agit d'une pathologie très médiatisée – comme les autres troubles du comportement alimentaire – elle reste une grande inconnue sur de nombreux aspects.

Il est admis par tous qu'il s'agit d'une pathologie multifactorielle, mais les débats sur la nature de ces facteurs et leur importance respective n'est pas clos.

De par les conséquences multiples et potentiellement graves de la maladie, parfois mortelles, les anorexiques sont des patientes que les médecins généralistes craignent de voir dans leur cabinet. Ils sont souvent désarmés face à ces jeunes filles qui nient leur état et refusent de se faire soigner. Ils ne savent pas où les adresser, tant les réseaux de soins sont peu clairs.

D'après le parcours de quelques adolescentes, nous allons tenter de dégager les principales conséquences physiologiques et physiques de l'anorexie mentale, et décrire leur prise en charge dans une structure qui allie pédiatrie et pédopsychiatrie. Nous essaierons d'évaluer quel type de prise en charge serait le plus à même de s'adapter à une pathologie qui se distingue à la fois par son aspect très stéréotypé et par la diversité des éléments qui la caractérisent.

Après un bref rappel sur l'historique de la maladie, son épidémiologie, et les différents critères de diagnostic, nous décrirons dans la première partie de notre travail le parcours de onze adolescentes dans le service de pédiatrie du CHU de Nantes, depuis leur première admission. Nous décrirons leur parcours de soins et l'évolution de leurs paramètres biologiques et cliniques.

Dans la deuxième partie, la revue de littérature nous permettra de mieux cerner les conséquences physiologiques, cliniques et biologiques de l'anorexie mentale, son évolution et les différents aspects de la prise en charge. Nous parlerons également du contrat, élément important de la prise en charge d'une pathologie où la collaboration de la patiente et celle de sa famille sont indispensables.

Dans la troisième partie, après avoir posé les limites de notre étude, nous étudierons le rôle du médecin de famille dans le dépistage et le suivi de l'anorexie mentale, l'intérêt d'une approche somatique et nutritionnelle, mais aussi d'une approche conjointe médico-psychologique. Enfin, nous aborderons brièvement la perception de l'adolescence et de l'image du corps, deux éléments importants dans la genèse de la maladie.

HISTORIQUE

Si le concept d'anorexie mentale tel qu'on le connaît actuellement est récent, les premières descriptions sont en fait très anciennes.

D'abord, du V^e au XVI^e siècle, la privation volontaire de nourriture était considérée comme un comportement religieux. Les jeunes filles atteintes étaient associées aux saintes, à la recherche de la pureté originelle.

Puis, du XVI^e au XVIII^e siècle, les médecins ont commencé à s'intéresser à ce comportement, mais du point de vue de la possibilité d'une survie sans alimentation. Ils décrivent surtout la durée et la modalité du jeûne.

Seul le français Richard Morton, au XVII^e siècle (1694) évoque la possibilité d'une origine psychologique en parlant de « phtisie nerveuse ». Il faudra cependant attendre 1883 et les travaux de Huchard, en France, pour que soit retenu pour la première fois le terme « d'Anorexie Mentale ». Ce terme restera le seul utilisé à nos jours, ce qui souligne l'importance de la psychopathologie dans ce syndrome.

Le concept d'anorexie mentale comme une entité clinique résulte, lui, de l'effort classificatoire de la deuxième moitié du XIX^e siècle.

Toutefois, on attribue classiquement les premières descriptions de l'anorexie mentale à Gull et Lasègue, dont les travaux ont été publiés à des dates rapprochées. Gull parle d'abord d'« hysteria aepsia » en 1868, puis à la suite du travail de Lasègue, d'« anorexia nervosa » en 1873.

Lasègue parle, lui de « l'anorexie hystérique » à partir de huit observations chez la jeune fille de 15 à 20 ans. Il distingue trois phases successives :

- 1) L'allégation des douleurs gastriques tend à justifier la restriction alimentaire, mais celle-ci est poursuivie alors même que la patiente se dit bien portante.
- 2) Phase morale, caractérisée par le paradoxe d'une conduite anormale justifiée par un bon état de santé (puisque les douleurs ont disparu avec la cessation de tte alimentation). Cette aberration fait parler de « perversion mentale », à elle seule presque caractéristique, et qui justifie le nom proposé par Lasègue « faute de mieux » dit-il, « d'anorexie hystérique ».
- 3) Dans la phase de la cachexie, « le thème de la maladie est fait, elle systématise, ne se met plus en quête d'arguments, manifeste un optimisme inexpugnable (...), son indifférence déconcerte. »

La description de Lasègue rejoint en tous points- hormis l'aménorrhée, non précisée, - celle de l'anorexie mentale primaire. L'importance des relations familiales est déjà clairement mise en relief : « Le milieu où vit la malade exerce une influence qu'il serait également regrettable d'omettre ou de méconnaître. » (Ch. Lasègue). ([11])

Depuis, on a pu distinguer plusieurs écoles selon les époques :

La théorie psychiatrique :

Selon laquelle l'anorexie mentale découlerait de troubles névropathiques (Janet, 1903). Après avoir été comparée à l'hystérie (Charcot, deuxième moitié du XIX^e siècle), certains auteurs contemporains la classent parmi les troubles addictifs (J.L.Venisse, D.Bailly ; « Addictions, quels soins ? »).

La théorie somatique :

La découverte par Simmonds, en 1914, de la cachexie hypophysaire ouvre la porte aux conjectures selon lesquelles l'anorexie mentale serait une pathologie endocrinienne. Elle est alors considérée comme une forme de pan-hypopituitarisme nécessitant un traitement endocrinien.

C'est d'abord Sheehan, en 1938, qui individualisera la cachexie par nécrose aiguë de l'ante-hypophyse (nécrose ante-hypophysaire du post-partum). Il va montrer que dans l'insuffisance hypophysaire, l'amaigrissement n'est jamais précoce. Puis de nombreux travaux réalisés entre 1937 et 1956 prouveront l'inefficacité des traitements hormonaux en même temps que la secondarité de la symptomatologie endocrinienne par rapport au trouble majeur que constitue l'absence d'apport nutritionnel.

En 1942, Sigwald et Lhermitte constatent l'absence de constance des lésions hypophysaires, ou leur caractère secondaire, et Sheehan lui-même différencie les cachexies par nécrose hypophysaire des anorexies mentales classiques.

Pour certains auteurs (Ajuriaguerra, Lhermitte, De Martel, Guillaume), l'anorexie mentale est une pathologie neurologique cérébrale due à un dysfonctionnement de l'hypothalamus. Origine déjà suggérée par certains auteurs de la deuxième moitié du XIX^e siècle, mais qui n'a jamais donné suite.

A la même époque, les psychiatres obtiennent des succès thérapeutiques avec l'isolement et la séparation d'avec la famille, méthode initiée en 1885 par Charcot dans un but thérapeutique, et toujours d'actualité.

C'est la fin de l'ère organiciste dans le domaine de l'anorexie mentale.

Retour à la psychologie :

De multiples travaux sont faits par des psychiatres même pendant la période « endocrino ».

Tous s'accordent à reconnaître la nécessité de l'isolement associé ou non aux nouvelles méthodes.

Les écrits se multiplient depuis 1960. Le diagnostic se précise. On différencie anorexie primaire et anorexie secondaire, rattachée à une pathologie psychique sous-jacente. Les méthodes thérapeutiques se diversifient et commencent à faire appel, à la suite de Selvini, aux théories familiales systémiques.

Cette période se caractérise par une grande diversité des approches explicatives et thérapeutiques de l'affection : psychanalyse, approches comportementales, biologiques et systémiques.

Cela peut être considéré comme une bonne chose, pour la conception plurifactorielle de la maladie, et invite donc à une adaptation à chaque problématique individuelle. D'autre part, cela laisse une impression de confusion de tant d'optiques différentes et parfois contradictoires ! ([10])

Actuellement, tous les auteurs s'accordent à dire que l'anorexie mentale est une maladie psychosomatique au sens littéral du terme, à savoir comme une maladie qui affecte en même temps le psychisme et le corps, en des interactions et des organisations étiologiques réciproques.

Les travaux les plus récents sont dominés par les problèmes de la compréhension dynamique de l'anorexie mentale. La recherche porte sur la compréhension des mécanismes psychiques agissant au sein des états anorectiques.

EPIDEMIOLOGIE

I. INCIDENCE

L'anorexie mentale est une pathologie dont l'incidence est en augmentation dans les pays occidentaux. (Jeammet, 1993).

Corcos, Bochereau et Jeammet (2000) estiment à 1% le nombre d'adolescentes touchées dans les pays économiquement développés depuis une vingtaine d'années. ([1]) Cette incidence est évaluée à 1 à 2% chez la femme. ([31])

Pour Rigaud (2000), il y aurait 2 à 8 nouveaux cas par an pour 100 000 habitants. ([33]) Ces chiffres sont corroborés par d'autres études françaises qui donnent une incidence annuelle, tous âges confondus, de 7,6 nouveaux cas par an pour 100 000 habitants.

« Un travail portant sur les cinquante dernières années aux Etats-Unis révèle une incidence annuelle allant de 1 à 8,2 pour 100 000, augmentant sensiblement de 1950 à 1984 chez les 10-19 ans (Lucas et AL., 1998). » ([12])

II. PRÉVALENCE ET SEX-RATIO

Pour Papet, Lafay et Manzanera, 1 à 2% de la population des 12-19 ans seraient concernés, avec un sex-ratio de un homme pour neuf femmes. ([4])

Pour Hardy et Dantchev (1989), la prévalence semble osciller entre 0,1 et 0,5% de la population féminine des 16-25 ans.

Rigaud, en 2000, estime que l'anorexie mentale touche environ 1% des femmes entre 15 et 25 ans, soit deux à dix fois plus qu'onze ans plus tôt. ([33])

Pour Marcelli (2004), la prépondérance féminine est écrasante, quels que soient les auteurs et les études, elle varie de 90 à 97% des cas. ([11])

III. ÂGE DE SURVENUE

L'anorexie mentale touche de façon caractéristique les adolescentes, et l'on peut distinguer deux pics de survenue plus importants :
Entre 12 et 14 ans ;
Entre 16 et 17 ans.
Soit au début et à la fin de l'adolescence.

IV. MORTALITÉ

Les chiffres concernant la mortalité varient selon les études, et ce d'autant plus quand il s'agit d'études à court, moyen ou à long terme.

Crisp (1992) observe que selon les études, la mortalité à moyen terme (de 4 à 14 ans après le début de la maladie) varie de 0 à 6%. Sur une plus longue durée de suivi (20 à 35 ans) le taux brut est de 17 à 20%. ([2])

Pour Sibertin-Blanc (1996), d'après des études longitudinales allant de 3 à 5 ans, la mortalité est de 5%, et jusqu'à 15% dans les rares études à 15 ou 20 ans ([19]).

Selon Corcos, Bochereau et Jeammmet (2000), une issue fatale concernerait 7 à 10% des anorexiques. ([1])

Elle concernerait 5,6% selon l'équipe américaine d'Ellen Rome (2003). ([14])

Patton, qui en 1988 ramène pour la première fois ce taux brut à un ratio standardisé de mortalité, tenant compte du taux attendu de mortalité pour une même classe d'âge. Le taux brut qu'il retrouvait était de 3,3%, ce qui comparé au taux de mortalité standardisé permet de constater une mortalité six fois plus importante chez les patientes anorexiques.

En 1991, Steinhausen, note une diminution du taux de mortalité brut par rapport à la précédente revue de la littérature qu'il avait publiée en 1983 :

1983 : 10% de mortalité (moyenne) ;

1991 : 4,4% (taux variant selon les études de 0 à 18%). ([2])

V. CARACTÉRISTIQUES FAMILIALES

On ne peut plus aujourd'hui se fier aux stéréotypes en vigueur il y a quelques années. Les familles touchées n'appartiennent plus seulement aux classes socio-professionnelles moyennes ou aisées. L'anorexie et la boulimie touchent maintenant les jeunes filles de tout milieu, de tout niveau social. ([14])

Ce qui semble par contre caractériser les familles touchées, est leur apparence de « normalité ». Ces familles semblent souvent unies, sans problème apparent. Il s'agit en fait de familles où la communication entre les membres est très pauvre, fuyant à tout prix les conflits. L'adolescente est élevée dans un climat de non-dits. La maladie devient d'ailleurs le déclencheur d'événements latents.

De même, certains milieux professionnels semblent plus à risque : mannequins, sports où l'image du corps est primordiale (danse, patinage, gymnastique).

DIAGNOSTIC DE L'ANOREXIE MENTALE

Si l'anorexique mentale classique, d'un stade déjà avancé est très facilement reconnaissable de par son aspect physique, il en est tout autrement lors des prémices de la maladie. Très difficile encore si la jeune fille alterne des périodes d'anorexie et de boulimie, gardant alors un poids et un aspect proches de la normale.

De nombreuses descriptions cliniques ont été faites tout au long de l'histoire de la pathologie.

On retiendra surtout les critères de Feighner, et les critères diagnostiques selon la classification du DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), éditée par l'association psychiatrique américaine, DC de Washington, 1994, la référence diagnostique principale des professionnels de santé mentaux aux Etats-Unis d'Amérique.

Autour d'un diagnostic central, il existe différentes formes cliniques de l'anorexie mentale.

Enfin, il est absolument indispensable d'avoir éliminé toute autre pathologie organique ou psychiatrique avant d'affirmer le diagnostic d'anorexie mentale.

I. DÉFINITIONS

Au-delà de la triade symptomatique classique (Anorexie, Aménorrhée, Asthénie), de nombreux critères caractéristiques de l'anorexie mentale permettent de la différencier des anorexies secondaires à une pathologie organique, ou psychiatrique.

1. Critères diagnostiques de Feighner

début avant 25 ans ;
anorexie accompagnée d'un amaigrissement d'au moins 25% du poids initial ;
attitude très perturbée pour tout ce qui concerne le poids, la nourriture ou la prise d'aliments ;
attitude que ni la sensation de faim, ni les reproches, ni les encouragements ni même les menaces ne peuvent modifier ;
dénier de la maladie avec incapacité d'admettre l'existence de besoins nutritionnels ;
une satisfaction apparente procurée par la chute pondérale, les malades montrant ouvertement qu'ils éprouvent du plaisir à se priver d'aliments ;
le désir d'être d'une minceur extrême montrant qu'il est gratifiant pour la patiente d'atteindre cet état et de le maintenir ;
une conduite inhabituelle portant sur la manipulation et le stockage des aliments ;
l'absence de maladie somatique qui pourrait rendre compte de l'anorexie et de la perte de poids ;
l'absence de pathologie psychiatrique autre (psychose maniaco-dépressive, schizophrénie, névrose obsessionnelle ou phobique) ;

l'existence d'au moins deux des manifestations suivantes : aménorrhée, lanugo, bradycardie, périodes d'hyperactivité physique, épisodes de boulimie, vomissements provoqués.

2. Critères de diagnostic de l'anorexie mentale selon le DSM IV

A/ Refus de maintenir le poids corporel au niveau ou au-dessus d'un poids minimum normal pour l'âge et la taille (par exemple perte de poids conduisant au maintien du poids à moins de 85% du poids attendu, ou incapacité à prendre du poids pendant la période de croissance conduisant à un poids inférieur à 85% du poids attendu).

B/ Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, alors que le poids est inférieur à la normale.

C/ Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou déni de la gravité de la maigreur actuelle.

D/ Chez les femmes post-pubères, aménorrhée, c'est-à-dire absence d'au moins trois cycles consécutifs (une femme est considérée comme aménorrhéique si les règles ne surviennent qu'après administration d'hormones, par exemple oestrogènes).

II. LES FORMES CLINIQUES DE L'ANOREXIE MENTALE

Classiquement, on considère deux types d'anorexie mentale :

Le type restrictif pur : pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale, le sujet n'a pas, de manière régulière, présenté de crise de boulimie ni recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs (laxatifs, diurétiques, lavements). Il concerne 65 à 75% des cas. ([33])

Le type avec crises de boulimie et vomissements, et/ou prise de purgatifs (25 à 35% des cas ([33])) : pendant l'épisode actuel d'anorexie mentale, le sujet a, de manière régulière, présenté des crises de boulimie ou recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs.

Cependant, la plupart des auteurs considèrent que toute anorexique passe un jour par un période boulimique, ou a recours occasionnellement aux vomissements.

1. La forme pré pubère

Elle représente 5 à 10% des cas.

Souvent considérée comme un facteur de mauvais pronostic (Dupuis, Venisse ([20])), elle a un retentissement sur la croissance de l'enfant. Celui-ci est le plus souvent réversible, mais pas toujours complètement. On peut en effet parfois observer un retard staturo-pondéral irréversible, et ce d'autant plus que l'anorexie aura débuté tôt et sera plus longue. ([11])

Pour Vidailhet et son équipe (1997), les formes les plus précoces semblent être les plus sévères. De même Bryant-Waugh (1988) et Walford (1991) montrent que le pronostic est plus sombre si l'âge de début est inférieur à 11 ans. Mais les études de Bryant-waugh en 1996 contredisent celles de 1988.

Morgan (1983), Garfinkel (1977), Herpertz (1995) et Steinhausen (1997), ne trouvent pas de corrélation entre un début précoce de la maladie et son pronostic. ([2])

On retiendra tout de même que la forme pré pubère de l'anorexie mentale est un facteur de gravité de « par la rigidité des mécanismes psychiques individuels et familiaux rencontrés, comme la gravité des troubles de la personnalité volontiers associés (pathologie narcissique grave, psychose). » ([13])

Jeammet, pour qui il s'agit d'un pronostic plus favorable ([16]), notera quand même une exception : l'anorexie mentale avec retard de croissance, qui survient très tôt dans le développement pubertaire (ou avant).

Ces formes témoigneraient d'un terrain particulièrement fragile sur lequel « l'impact traumatique de la puberté » ne serait même pas nécessaire pour mettre en cause leur équilibre. ([45])

2. La forme tardive

Elle fait souvent suite à un épisode discret, passé inaperçu à l'adolescence. Elle est déclenchée par le mariage ou la naissance d'un premier enfant.

Tout comme la forme précoce, une anorexie déclenchée après 25 ans est considérée comme étant de mauvais pronostic, avec des tendances dépressives plus franches, et un risque de chronicisation plus important. (Papet, Lafay & coll. [4] ; Jeammet [16])

L'étude de Ratnasuriya (1991), et celle de Vidailhet et Morali (1996), confirment cette hypothèse : qu'un déclenchement tardif de l'anorexie à la fin de l'adolescence est de mauvais pronostic. ([2]; [3])

3. L'anorexie mentale masculine

Son incidence, bien que moindre que dans la population féminine, serait en augmentation depuis vingt ans.

Les chiffres peuvent varier selon les études de 0.09% à 2%. Mais sa fréquence est probablement fréquemment sous-estimée en raison d'un diagnostic plus difficilement acceptable et repérable. ([28])

Les aspects comportementaux et les caractéristiques semblent peu différents de chez la fille.

On note cependant quelques différences :

Peu de formes restrictives pures (association à des crises de boulimie dans 50% des cas).

Les garçons sont plus gros que les filles au moment de l'installation des troubles, avec souvent une obésité pré-morbide, mais ils enregistrent des poids plus bas à certaines périodes de la maladie.

L'hyper investissement intellectuel est moins présent, alors que l'hyperactivité physique est plus fréquente.

Les plaintes au sujet de leur poids sont différentes : ils parlent peu du « nombre de kilos », mais expriment un désir de « perdre leur graisse » afin de parvenir à une définition classique de l'homme musclé.

On ne parle bien sûr pas d'aménorrhée, mais on observe un taux de testostérone bas (préexistant parfois aux problèmes alimentaires), et une fonction sexuelle diminuée

Certaines données donnent lieu à controverse : pour l'équipe de Chambry ([28]), la fréquence de l'homosexualité est importante : entre 25 et 58% selon les études. L'idéal de minceur serait plus en vigueur au sein de la communauté homosexuelle, et les garçons anorexiques présenteraient un manque « d'auto-affirmation de leur masculinité » (selon Hassan et Tibets), une peur de la virilité et peur du rôle à jouer par rapport à l'autre sexe.

Pour le Dr Rigaud, au contraire, il n'y a aucune différence entre l'anorexie mentale du garçon et celle de la fille. Pour lui, « les facteurs en cause, l'évolution et le pronostic ne sont pas différents. De même l'idée que l'anorexie mentale du garçon viendrait d'une homosexualité refoulée est une idée fausse. Il n'y a pas plus de tendance homosexuelle chez le garçon anorexique que chez les autres adolescents. » ([15])

L'étude catamnétique de TOLSTRUP et coll. (1982) note toutefois une caractéristique chez le garçon ancien anorexique : un écart significatif entre les 33% de filles devenues mères et l'absence de tout lien conjugal chez la totalité des garçons.

Ce qui est par contre à noter dans les points communs entre filles et garçons, c'est la structure familiale : des mères qui imposent au développement de leurs fils leurs propres conceptions au détriment de la personnalité propre de l'enfant, et une relation d'interdépendance entre la mère et le fils anorectique.

Quoi qu'il en soit, l'anorexie mentale masculine est un sujet qui nécessite la poursuite des travaux de recherche afin d'en améliorer la compréhension, et par là trouver une prise en charge adaptée.

4. Les formes mineures et réactionnelles

D'après Duverger et Malka, près de 10% des jeunes filles brillantes de classe sociale élevée dans les pays occidentaux présenteraient une anorexie frustrée, autour de 18 ans, et qui disparaîtrait au bout d'un an.

Dans les cas où un évènement déclenchant est retrouvé, le pronostic est généralement favorable et l'issue plus rapide.

III. LES DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS

Il en existe plusieurs types et le praticien se doit de les éliminer avant de conclure à un diagnostic d'anorexie mentale.

1. La maladie de Crohn

Il s'agit d'un diagnostic différentiel souvent difficile car les patients souffrant d'anorexie mentale ont des troubles gastro-intestinaux parfois sévères, et la maladie de Crohn elle-même peut induire une restriction alimentaire volontaire.

Mais, dans la maladie de Crohn, on note une absence de trouble de l'image corporelle, et des signes biologiques habituellement absents dans l'anorexie mentale : syndrome inflammatoire, carence martiale, carence vitaminique notamment en folates ou vitamines B12, hypo albuminémie...

Un amaigrissement rapide et important peut également révéler d'autres maladies d'origine digestive :

- maladie coeliaque (anémie, hypoprotidémie, anticorps anti-endomysium très élevés, atrophie villositaire totale à la biopsie jéjunale) ;
- rectocolite hémorragique ;
- mégaoesophage par achalasie du cardia ;
- gastrites, ulcères gastro-duodénaux ;
- néoplasies oesogastriques ;
- syndromes de malabsorption ;
- pathologies hépato-vésiculaires ou pancréatiques ;
- colon irritable.

Il faut donc être alerté devant certains signes cliniques inhabituels tels que diarrhée glairo-sanglante, douleurs abdominales sévères, troubles de la déglutition.

Faut-il pour autant proposer des explorations digestives systématiques chez ces patientes souvent fragiles ? Pour l'équipe de Blanchet et Luton (hôpital Cochin, Paris), cela ne paraît pas justifié. ([6])

2. Les pathologies d'origine psychiatriques

Il faut noter qu'un des critères de diagnostic de l'anorexie mentale est l'absence de toute pathologie psychiatrique associée.

La phobie déglutition est une maladie à prédominance féminine. Ses signes caractéristiques (l'éviction de certains aliments, un amaigrissement secondaire, des symptômes obsessionnels compulsifs associés), peuvent faire évoquer une anorexie mentale. Mais elle se distingue de l'anorexie mentale proprement dite par « l'absence de cognitions anormales et de préoccupations pré morbides concernant le poids et/ou les formes corporelles. La phobie de la déglutition est souvent due à un stress post-traumatique. » ([5]) Il est d'autant plus important de faire le diagnostic différentiel de ce trouble qu'il répond en général bien à des stratégies thérapeutiques spécifiques.

Les phobies alimentaires (peur de la saleté)

Les délires à thème alimentaire : délire d'empoisonnement.

Syndrome dépressif grave, mélancolie.

3. Les autres diagnostics différentiels :

Les tumeurs du système nerveux central : séminome supra-sellaire entraînant un diabète insipide. ([3])

Les pathologies d'origine endocrinienne : pan hypopituitarisme, hyperthyroïdie, diabète insulino-dépendant de novo.

Cancers (leucémies).

Certaines infections, telles la tuberculose, la brucellose, ont pu poser un problème diagnostic.

Maladie d'Addison (vomissements, troubles secondaires de l'alimentation trompeurs).

Dans la majeure partie des cas, les différents diagnostics différentiels peuvent être éliminés en raison de l'absence de signes spécifiques de conflit psychique de l'anorexie mentale :

Conduite active de la restriction alimentaire : quantitative et qualitative.

Trouble de l'image du corps : dysmorphophobie. Peur permanente de grossir, mensurations et pesées continues.

Attitude de déni à l'égard des troubles : anosognosie. Responsable de consultations tardives, d'un retard diagnostique et thérapeutique.

Hyperactivité et surinvestissement moteur. Pour perdre des calories, mettre à l'épreuve ses capacités de maîtrise et d'ascétisme.

Affectivité bloquée : vie sexuelle inexistante ou vécue sur un mode automatique ou pragmatique. Les contacts sociaux sont réduits.

Surinvestissement intellectuel.

Pour Sibertin-Blanc, « Aucun des diagnostics différentiels ne s'accompagne d'une telle distorsion de l'image du corps, d'un tel déni de la gravité de l'état général, d'une telle méconnaissance de la maigreur, d'un tel désir éperdu de minceur, et d'une telle peur de grossir. » ([19])

ETUDE CLINIQUE

Nous avons étudié les dossiers de onze patientes, admises entre Juillet 2001 et Décembre 2003 pour amaigrissement rapide et/ou important.
En effet, tous les critères diagnostiques de Feighner n'étaient pas réunis dans tous les cas. Notamment pour la perte de poids d'au moins 25% du poids initial.

Quatre cas nous ont paru particulièrement intéressants :
Valentine, dont l'anorexie a révélé une neuropathie d'origine génétique ;
Adèle, dont l'anorexie a été particulièrement sévère ;
Maëlle, chez qui l'on a découvert une maladie de Crohn.
Elodie, qui présente une forme d'anorexie-boulimie.

Il s'agit d'une étude descriptive et rétrospective portant sur onze patientes.

Les paramètres de référence utilisés sont :
L'indice de Quételet, ou Indice de Masse Corporelle (IMC) ;
Le poids est comparé au poids théorique pour l'âge et la taille selon les courbes de croissance (issues du carnet de santé) ; ou, quand les données étaient suffisantes, à celui que la jeune fille aurait du avoir si elle avait suivi le même couloir de croissance.
De même la taille est comparée à celle qu'elle aurait du suivre dans le même couloir lorsqu'il y a cassure.

I. LA PATIENTE

1. Les hospitalisations et le suivi par l'équipe

Lors de leur première hospitalisation, elles ont en moyenne 12,9 ans (entre 9 et 15 ans 1/2).
Elles ont été hospitalisées en moyenne 2 fois (entre 0 et 6 fois).
Elles ont été suivies par l'équipe de pédiatrie et pédopsychiatrie, en moyenne 20,36 mois, l'écart allant de 3 à 35 mois.

2. Situation et antécédents familiaux

Fratrie :
1 patiente est l'aînée.
5 sont des cadettes.
2 sont deuxièmes d'une fratrie de 3.
1 est 4^e d'une fratrie de 6
2 situations inconnues.

Les parents

4 patientes ont des parents vivants en couple. L'une des familles a entamé une thérapie familiale.

2 ont un des parents décédé d'un cancer (l'une son père, l'autre sa mère).

3 ont des parents divorcés, dont 2 font partie de « familles recomposées » (divorces, remariages, demi frères et sœurs). Pour une de ces patientes, la situation familiale est particulièrement difficile : Anaïs vit chez sa grand-mère, voit très peu sa mère qui a des enfants de 3 mariages différents, et ne connaît pas son père. Un signalement a été fait lors de l'hospitalisation de cette jeune fille.

Antécédents médicaux familiaux

1 cas de maladie de Crohn maternelle.

1 cas de rectocolite hémorragique maternelle.

1 dépression maternelle.

2 cas de décès de cancer.

3. Activités scolaires et extra scolaires

On a très peu de renseignements à ce sujet là, seulement pour deux patientes : l'une est bonne élève de seconde et fait beaucoup de sport, l'autre est en classe de 4^o à 13 ans.

4. Antécédents médicaux ou psychologiques

On retrouve des antécédents psychiatriques chez 2 patientes :

1 cas de syndrome dépressif et des Troubles Obsessionnels Compulsifs depuis 4 ans.

Une patiente adressée par le Service Hospitalier Intersectoriel de Pédopsychiatrie (SHIP) où elle est suivie pour des troubles narcissiques de la personnalité, problèmes de l'identité avec difficultés de la relation au père infiltrée d'opposition.

Dans un autre cas, il s'agit d'une apparition de phobies, de rituels, et d'une anxiété importante contemporains de l'anorexie.

1 patiente est suivie en orthopédie pour une scoliose majeure depuis 4 ans.

II. LA MALADIE

1. Âge de début des troubles, temps de latence, et âge lors de la première hospitalisation.

L'âge de début des troubles est en moyenne de 11,85 ans (6,5-14,5), avec une première hospitalisation ou prise en charge à 12,9 ans (9-15,5 ans).

Le temps de latence de prise en charge est en moyenne de 10,8 mois (1-30 mois).

Dans un cas, la situation est inconnue.

2. Facteur déclenchant

On ne retrouve un facteur déclenchant évident que dans un cas : il s'agit de décès successifs récents dans la famille.

3. Origine de la demande

5 patientes sont adressées par leur médecin traitant, dont une également par un endocrinologue.

1 par un pédiatre.

1 par un orthopédiste.

1 transfert de l'hôpital de la Roche sur Yon.

1 patiente adressée par le Service Hospitalier Intersectoriel de Pédopsychiatrie.

Pour 2 patientes, l'origine de la demande est inconnue.

4. Motif de la première hospitalisation

Dans 2 cas, il s'agit d'une hospitalisation pour bilan, à visée diagnostique.

4 cas d'hospitalisation pour IMC ≤ 13 , et prise en charge de l'anorexie mentale.

2 cas de perte rapide de poids.

1 cas pour bradycardies nocturnes importantes.

1 cas d'hospitalisation en urgence pour malaise avec confusion mentale (rechute).

1 patiente n'a jamais été hospitalisée. Le traitement ambulatoire seul ayant suffi.

(Anorexie mentale débutante)

III. ETAT CLINIQUE ET PARACLINIQUE À L'ENTRÉE

1. Paramètres cliniques

a. Le poids :

Il est en moyenne de 28,62 kg (20,3-43).

Les patientes sont, en moyenne, à 73,28% de leur poids théorique (60%-80,7%)

b. La taille

Elle est en moyenne de 1,34m (1,64-1,23).

Les patientes sont en moyenne à 96,75% de leur taille théorique (91,66-100).

c. L'Indice de Masse Corporelle

Il est en moyenne de 13,22 (11,1-16).

d. Les constantes

La fréquence cardiaque est en moyenne de 60 battements par minute (bpm) (43-80).
3 cas de bradycardie (<60 bpm), dont une bradycardie majeure à 43 bpm.
Pour 5 patientes, on n'a pas de donnée.

La température corporelle est en moyenne de 36,14° (35°-37°3).
2 patientes ont une température inférieure à 36° (35° et 35°5).
Pour 4 patientes, on n'a pas de donnée.

Tension artérielle :
La Tension Artérielle Systolique (TAS) est mesurée en moyenne à 95 mm Hg (80-103).
3 patientes ont une TAS inférieure à 100 mm Hg, l'une d'elle est à 80 mm Hg.
La Tension Artérielle Diastolique (TAD) est mesurée en moyenne à 59,6 mm Hg (39-70).
3 patientes ont une TAD inférieure à 60 mm Hg.
Pour 5 patientes, on n'a pas de donnée.

e. Aménorrhée

Six patientes présentent une aménorrhée primaire, dont 4 ont moins de 11 ans lors de leur première admission.
Quatre patientes présentent une aménorrhée secondaire.
Dans un cas, la situation n'est pas connue.

f. Caractéristiques de l'examen clinique :

Aspect cutané :

Une sécheresse de la peau est observée dans 4 cas.
Une pâleur cutanée dans 2 cas.
L'hypertrichose est retrouvée 2 fois.
Le livedo est observé chez une patiente.
Un cas de pétéchies sur les membres inférieurs après rasage.
Un cas d'irritation au point d'appui lombaire.

ORL :

Un cas de pulpite.
Un cas d'hypertrophie parotidienne, chez une patiente ayant des accès boulimiques.

Troubles physiologiques :

Trois patientes ont des extrémités froides, dont une présente des engelures.
Une constipation est retrouvée chez 2 patientes.
Des oedèmes des membres inférieurs sont observés dans un cas.
Des signes de déshydratation dans un cas.
Un souffle systolique dans un cas.

Pas d'hépatosplénomégalie clinique observée.

Une maigreur avec fonte musculaire est précisée dans deux cas

L'examen neurologique est perturbé dans deux cas :

Dans un cas, les réflexes ostéo-tendineux et achilléen gauches sont diminués avec steppage unilatéral gauche. A noter que chez cette patiente sera détecté une neuropathie tomaculaire avec hypersensibilité à la pression d'origine génétique.

Un cas de désorientation, dysarthrie, confusion mentale et titubement.

g. Caractéristiques psychologiques

On observe des troubles d'origine psychologique chez quatre patientes :

Pour deux d'entre elles, il s'agit de phobies, TOC, de rituels et d'anxiété importante.

Une patiente présente des troubles narcissiques de la personnalité et une anxiété majeure.

Chez une patiente, il s'agit d'anxiété isolée.

On observé également des zones d'automutilation (par grattage) dans un cas.

Un cas d'anorexie avec vomissements.

Un cas de ralentissement psychomoteur.

2. Les examens biologiques

Le bilan réalisé de façon systématique pour chaque patiente à l'entrée comporte :

NFS, CRP ;

Ionogramme, calcémie, phosphorémie ;

Glycémie, urée, créatinine ;

TSH, T4L, +/- T3L ;

IGF1 ;

Anticorps antigliadine ; IgA anti endomysium ;

ASAT, ALAT

a. Numération Formule Sanguine

Une anémie ($Hb < 12$ g/dl) a été observée dans 4 cas : Hb entre 9 et 11,8 g/dl.
Elle est macrocytaire dans un cas, microcytaire chez la patiente ayant une maladie de Crohn.

Le taux de leucocytes ($4,5-11 \cdot 10^9/l$) est inférieur à la normale dans 3 cas : 2,42 à $4,1 \cdot 10^9/l$.

Le taux de plaquettes ($150-400 \cdot 10^9/l$) est diminué dans un cas : $106 \cdot 10^9/l$, augmenté chez la patiente ayant une maladie de Crohn.

b. Ionogramme sanguin

Une discrète hyponatrémie a été observée 2 fois (135 et 136 mmol/l) dont une fois chez la patiente ayant des vomissements fréquents.

Une hypokaliémie a été observée 2 fois (2,3 et 2,8 mmol/l) dont une fois chez la patiente ayant des vomissements.

Une hypocalcémie a été observée une fois (2,02 mmol/l).

La réserve alcaline est diminuée dans 3 cas (20,5 à 23,5 mmol/l).

La chlorémie est normale chez toutes les patientes.

Une hypoprotidémie a été observée une fois (62,6 g/l), chez la patiente ayant des vomissements.

Une hypophosphorémie ($1,3-1,85$ mmol/l) a été observée 6 fois (0,86 à 1,27 mmol/l).
L'hypophosphorémie la plus profonde (0,86 mmol/l) a été observée chez la patiente ayant des vomissements.

Le magnésium a été dosé chez 3 patientes : il est normal dans tous les cas.

c. Fonction rénale

On observe 4 cas d'insuffisance rénale fonctionnelle chez les patientes hospitalisées.

L'urée (2,5-6,5 mmol/l) varie de 7,2 à 12 mmol/l.

La créatinine ($30-70 \mu\text{mol/l}$) varie de 74 à $90 \mu\text{mol/l}$.

d. Fonction hépatique

Une cytolyse hépatique est observée chez 3 patientes :

ASAT (0-0,45 ukat) : 0,53-4,14

ALAT (0-0,4 ukat) : 0,56-4,17

e. Troubles métaboliques

Aucune hypoglycémie n'a été retrouvée.

Le cholestérol total et les triglycérides ont été dosés une fois. Les taux étaient normaux.

f. Bilan hormonal

La fonction thyroïdienne est perturbée dans 3 cas : la TSH est augmentée 2 fois (4,10 et 6,45 μ U/ml), la T4L diminuée une fois (8,1 pg/ml). La T3L (1,4-4 pg/ml), dosée 4 fois, est discrètement diminuée dans un cas (1,3 pg/ml). Dans ce cas, la TSH et la T4L sont normales.

L'IGF1, dosée 8 fois, est diminuée chez 5 patientes.

g. Marqueurs de dénutrition

Le fer a été dosé 3 fois : on observe une carence en fer (3 μ mol/l).

La ferritine a été dosée 4 fois : les taux sont normaux dans deux cas, augmentée dans deux autres cas.

La transferrine a été dosée 2 fois : les taux sont diminués dans les deux cas. Ces deux patientes ont respectivement une neuropathie et une maladie de Crohn.

L'albumine (42-51 g/l), dosée dans 8 cas, est augmentée une fois (53,3g/l), et diminuée une fois (25,4 g/l).

h. Autres

Les anticorps antigliadines et anti endomysium ont été dosées chez 10 patientes :

Les IgA anti endomysium négatifs dans tous les cas.

Les IgG antigliadines (0-18 mg/l) sont discrètement positifs (24 mg/l) chez la patiente ayant une neuropathie génétique.

Les IgA (0-3 mg/l) et IgG antigliadines sont élevés chez la patiente ayant une maladie de Crohn.

Les vitamines :

Les vitamines A, E et B6 ont été dosées une fois : les taux sont normaux pour les vitamines E et B6, on observe une discrète hypervitaminose A (0,2-0,6 mg/l) : 0,82 mg/l.

La vitamine B12 et l'acide folique ont été dosés 2 fois : les taux sont normaux.

La CRP, dosée chez 9 patientes, elle a été trouvée positive chez deux d'entre elles, dont l'une souffre de la maladie de Crohn.

Le bilan gazeux périphérique a été réalisé une fois : on observe des taux de bicarbonates et d'excès de base inférieurs à la normale.

3. Les examens paracliniques

Sont faits systématiquement lors d'une admission pour prise en charge d'une anorexie mentale :

Electrocardiogramme ;

Echographie abdomino-pelvienne ;

Radio pulmonaire ;

Scanner cérébral ;

Âge osseux

L'ostéodensitométrie est discutée.

Les autres examens sont adaptés à chaque cas.

a. Electrocardiogramme (ECG)

Sur 8 ECG réalisés, 3 révèlent une bradycardie sinusale sans autre anomalie.

b. Echographie abdomino-pelvienne

Réalisée 10 fois, 7 sont normales.

Une fois, l'utérus et les ovaires sont de petite taille.

Un cas de « discrète hépatomégalie homogène ».

Chez la patiente ayant une maladie de Crohn, on retrouve un aspect d'adénolymphite mésentérique avec adénomégalie mesurée jusqu'à 20 mm.

c. Radio pulmonaire

Réalisée 6 fois, elle est sans anomalie dans tous les cas.

d. Scanner cérébral

Réalisé 10 fois, il est normal dans tous les cas.

e. Âge osseux

Réalisé 8 fois, il est inférieur à l'âge civil 3 fois : 2 fois de 1 an, 1 fois de 2 ans.

f. Autres

Une ostéodensitométrie a été réalisée 2 fois : l'une est adaptée à l'âge, l'autre retrouve une diminution de la masse osseuse tempérée (l'anorexie avait débuté après le début de la puberté).

Une fibroscopie digestive a été réalisée deux fois :
Dans un cas, lors de vomissements importants : elle est normale.
Chez la patiente ayant une maladie de Crohn, l'endoscopie digestive haute est normale ; l'endoscopie digestive basse avec biopsies révèle une iléite ulcéreuse avec ulcérations aphtoïdes. Cet examen permettra le diagnostic de la maladie de Crohn.

Un électromyogramme a été réalisé chez la patiente présentant un steppage unilatéral à gauche, révélé lors de l'anorexie. Il retrouve une polyneuropathie mixte.

IV. EVOLUTION DURANT L'HOSPITALISATION

1. Evolution biologique

Après avoir étudié l'évolution des différents paramètres biologiques suivi chez les patientes au cours de leur hospitalisation, seuls 5 montrent des variations rapides ou significatives.

a. Phosphore

Sur dix hospitalisations exploitables (dont deux pour deux patientes), on a pu observer les variations suivantes :

Lors de cinq hospitalisations les patientes présentaient une hypophosphorémie.
Dans trois cas, les taux ont chutés immédiatement (1 à 2 jours plus tard) et se sont normalisés respectivement à J6 ; J7 ; et J10.
Dans deux cas, cette chute ne peut être observée, les dosages suivants ayant été faits respectivement 6 et 10 jours plus tard. Dans un de ces cas, le dosage réalisé à J6 montre un taux normal ; dans l'autre, le taux à J10 est proche de la normale (1,27 mmol/l).

Lors de 4 hospitalisations, la phosphorémie était normale à l'entrée.
Toutes ces patientes ont eu une hypophosphorémie entre 4 et 21 jours plus tard. Dans 2 cas, les taux sont revenus à la normale à J9 et J10. Dans un cas à J10, le taux remonte (passé de 1,03 à 1,18 mmol/l), sans être encore revenu à la normale, ce qui sera chose faite lors d'un dosage effectué 8 mois plus tard. Dans le dernier cas, aucun dosage n'a été fait à distance.

Enfin, lors d'une hospitalisation, le premier dosage fait à J4 ne nous permet pas de savoir si il y avait hypophosphorémie à l'entrée, ou si elle a eu lieu après. On peut simplement observer une hypophosphorémie à J4, et un taux normal à J6.

Quoi qu'il en soit, et quel que soit le taux à l'entrée (après une période de dénutrition plus ou moins importante), on observe une chute de la phosphorémie à la renutrition, puis une normalisation rapide de ce taux.
On peut parler de décompensation de la phosphorémie lors de la réalimentation. Nous expliquerons plus loin ce fait.

b. Fonction hépatique (transaminases)

On a pu suivre l'évolution de ces paramètres chez deux des trois patientes ayant une cytolysé hépatique lors de leur hospitalisation.

Adèle, admise dans un état de dénutrition sévère (IMC= 11,1)

	09/07/03	12/07/03	14/08/03
ASAT (0-0,85 ukat)	4,14	2,11	0,76
ALAT (0-0,65 ukat)	4,17	3,53	1,88

On note une première décroissance rapide des ASAT, puis normalisation à un mois. Par contre, les ALAT décroissent plus lentement, et ne se sont toujours pas normalisées lors de sa sortie. Les GGT ont été réalisés une fois au cours de l'hospitalisation : leur taux est normal.

Lorsque Adèle est ré-hospitalisée 2 mois plus tard après une rechute, sa fonction hépatique est à nouveau altérée, et l'on peut observer le même début d'évolution :

	28/10/03	03/11/03
ASAT (0-0,85 ukat)	5,13	2,3
ALAT (0-0,65 ukat)	5,52	4,32

Alice :

Seuls 2 chiffres sont en notre possession, évolution sur les 24 premières heures de son hospitalisation :

	02/10/03	03/10/03
ASAT (0-0,85 ukat)	0,92	2,82
ALAT (0-0,65 ukat)	2,36	4,29

c. Fonction rénale

Pour les quatre patientes souffrant d'une insuffisance rénale fonctionnelle :

L'urée se normalise en 4 jours pour 3 d'entre elles, en 3 semaines pour la quatrième.

La créatinine se normalise en 1 jour pour l'une d'elle ; en 4 jours pour 2 autres, et en 2 semaines pour la quatrième.

A noter qu'il s'agit de la même patiente chez qui la normalisation de l'urée et de la créatinine nécessite respectivement 3 et 2 semaines.

La rapidité de la normalisation des paramètres est indépendante des chiffres initiaux, et de l'importance de la dénutrition à l'entrée.

2. Evolution pondérale

Si l'on considère les 8 patientes hospitalisées pour prise en charge de leur anorexie, elles ont pris en moyenne 4,3 kilos pendant la durée de leur hospitalisation (1,8 à 10,350 kilos).

La durée moyenne de ces hospitalisations étant de 5,35 semaines (3 à 8,5).

Le gain de poids moyen par semaine est de 0,92 kilos (0,3 à 1,88 kilos).

3. Mode de prise en charge

Au cours de leur séjour, on a eu recours à la sonde naso-gastrique pour 8 des 10 patientes hospitalisées. Deux d'entre elles l'ont gardée 2 semaines, une troisième 1,5 semaines, on n'a pas de donnée pour les 5 autres.

Trois patientes ont été hospitalisées avec un contrat.

Sept patientes ont reçu un traitement adjuvant :

Phosphoneuros* pour 3 d'entre elles.

Alvityl* pour 2 patientes.

Trois traitements à visée anxiolytique et antidépressive : les produits prescrits étant le Tercian* (3 fois), le Dogmatil* (1 fois), le Zoloft* le Tranxène* et l' Atarax* (1 fois).

Une patiente a dû recevoir un traitement parentéral (réhydratation, recharge potassique) lors d'un séjour en réanimation.

V. EVOLUTION APRÈS L'HOSPITALISATION

Après leur sortie, les patientes sont revues en consultations externes à intervalles réguliers : toutes les 4 à 6 semaines en moyenne.

On ne tiendra pas compte du cas de Maëlle, qui a été suivie pour sa maladie de Crohn, et non pour anorexie mentale.

Elles ont été suivies en moyenne 14,7 mois (3 à 32 mois), six d'entre elles ayant été suivies sur une période d'un an.

1. Ré-hospitalisations

Une patiente a été ré hospitalisée 2 fois ;
Deux l'ont été une fois ;
Sept ne l'ont pas été.

2. Evolution pondérale

Quatre patientes ont perdu du poids après leur sortie de l'hôpital : de 2 à 9 kg ; dont une a perdu 2 kg suite à une intervention chirurgicale des dents de sagesse.
Six ont continué leur progression dès leur sortie.

A la fin de leur suivi, elles sont en moyenne à 82,7% de leur poids idéal théorique pour l'âge et la taille (de 73,7 à 122,6%).

3. Reprise pubertaire

Au début de leur prise en charge,
5 patientes sont en aménorrhée primaire (elles ont respectivement 15 ; 12 ; 10½ ; 10 et 9 ans).
4 sont en aménorrhée secondaire.
Dans 2 cas, on n'a pas de donnée.

Parmi celles qui étaient en aménorrhée primaire, la seule patiente ayant ses règles en fin de suivi est Maëlle, la jeune fille ayant la maladie de crohn.
Pour les autres, deux d'entre elles sont encore jeunes (11 ans ½), les deux autres ayant 14 et 17 ans et atteint respectivement un IMC de 17,9 et 23,7.

Toutes les patientes en aménorrhée secondaire ont vu leur reprise pubertaire à un IMC qui était en moyenne de 17,32 (entre 16 et 18,6).

VI. CAS PARTICULIERS

1. VALENTINE, où l'anorexie révèle une anomalie génétique

Valentine, 13 ans ½, est adressée en Février 2003 par son médecin traitant et un endocrinologue pour perte de poids.

Valentine a perdu 7 kilos en 4 mois, soit 19,8% de son poids.

Ses parents sont mariés. Son père est chauffeur, sa mère est ouvrière.

Elle a une sœur aînée, 20 ans, coiffeuse.

Lors de son admission, Valentine pèse 28,5 kg pour 1,43 m, soit -2,5 DS pour le poids et la taille.

Son IMC est de 13,9.

Elle présente une aménorrhée secondaire.

Lors de l'examen clinique, on observe un steppage unilatéral à gauche, accompagné de réflexes ostéo-tendineux et achilléens plus faibles.

Les dosages des paramètres sanguins révèlent :

Une discrète leucopénie ($3,86 \cdot 10^9/l$).

Une hypophosphorémie (1,11 mmol/l)

Une transferrine diminuée (1,77 g/l), une ferritine augmentée (208 µg/l), les autres paramètres du bilan ferreux étant normaux.

La vitamine A (0,2-0,6 mg/l) est augmentée (0,82 mg/l).

Les IgG anti gliadine (0-18 mg/l) sont augmentés (0,24 mg/l)

Le reste du bilan est normal.

Les examens complémentaires (ECG, échographie abdomino-pelvienne, radio pulmonaire, TDM cérébral, âge osseux et ostéodensitométrie) ne révèlent pas d'anomalie.

L'EMG réalisé révèle une polyneuropathie mixte, une compression aiguë avec bloc de conduction sur les deux nerfs péroniers du col du péroné.

Les recherches en génétique moléculaire repèrent une délétion chromosomique (en 17p11.2) entraînant la perte d'une des deux copie du gène PMP22. Cette délétion est responsable d'une neuropathie héréditaire avec hypersensibilité à la pression.

Il est tout à fait justifié de penser que la dénutrition importante de Valentine a entraîné une compression des nerfs péroniers révélant ainsi la neuropathie dont elle ne savait pas qu'elle était porteuse, et qui serait peut-être passée inaperçue toute sa vie sans cet épisode.

Quatre mois et demi plus tard, Valentine a dû être réhospitalisée pour rechute de son anorexie.

Suivie parallèlement en psychothérapie (anxiété, syndrome dépressif), elle a ensuite repris du poids progressivement.

On note un redémarrage pubertaire en août 2004. Valentine a 14 ans ½, son IMC est à 16.

2. ELODIE, une forme d'anorexie-boulimie

Elodie, 11 ans, est adressée par le CHD de La Roche-sur-Yon pour prise en charge d'une anorexie mentale sans amélioration après deux hospitalisations.

Cadette d'une fratrie de 2 enfants (une sœur, 15 ans), son père est comptable et sa mère est cadre.

Ses parents ont entamé une thérapie familiale et parlent de peu de choses en dehors de l'alimentation d'Elodie.

Sa mère souffre d'une rectocolite hémorragique.

Elodie a changé son comportement alimentaire un mois plus tôt. Elle décrit des douleurs abdominales, des sensations de remontées alimentaires.

Son poids avait stagné entre 9 et 10 ans, puis elle a perdu 3 kg en un mois, soit 10% de son poids.

Sa taille stagne depuis l'âge de 10 ans. Elle mesure à 11 ans 96% de sa taille théorique.

Elle est hospitalisée une première fois aux sables d'Olonnes en août 2003.

Elle pèse 25,8 kg pour 1,40m, soit un IMC à 13,07.

Elle est réhydratée, puis transférée au CHD de La Roche-sur-Yon 5 jours plus tard pour prise en charge.

L'ECG montre une bradycardie sinusale sans autre particularité.

La fibroscopie digestive et l'IRM cérébrales sont normales.

Les dosages sanguins biologiques sont normaux.

Une perte de poids (24,5 kg, IMC= 12,4) entraîne l'utilisation de la sonde naso-gastrique.

Elle poursuivra son hospitalisation aux Sables d'Olonnes après la mise en place d'un contrat avec un poids de sortie fixé à 27,8 kg (IMC= 14,08).

Elle a été hospitalisée 1 mois ½.

Une deuxième hospitalisation est nécessaire 4 mois plus tard pour rechute : elle pèse 24,4 kg, IMC= 12,27.

Elodie présente maintenant des épisodes boulimiques.

Elle ressort 10 jours plus tard à 27,2 kg (IMC= 13,7).

Au mois de Juillet 2004, soit un an après le début des troubles, Elodie est à nouveau hospitalisée dans un état critique : elle est pâle, repliée, se fait vomir.

Un transfert au CHU est alors décidé.

A son arrivée, elle pèse 24 kg pour 1,41 m, soit un IMC à 12,07.

Sa peau est pâle, sèche, avec une hypertrichose.

Elle a des oedèmes des membres inférieurs et une hypertrophie parotidienne.

L'échographie abdomino-pelvienne retrouve une discrète hépatomégalie homogène.

Au niveau biologique, il faut noter :

Une anémie normocytaire ; la ferritine (18-148 ng/ml), seule dosée, est augmentée (174 ng/ml) ;

Une discrète hyponatrémie (136 mmol/l) qui sera corrigée 24h plus tard ;

Une hypokaliémie (2,3 mmol/l) ;

Une alcalose hypochlorémique modérée (bicarbonates= 31,9 mmol/l ; chlore= 97 mmol/l)

Un taux de protéines totales diminué (62,6 g/l)

Une cytolyse hépatique : ASAT= 1,79 ukat ; ALAT= 2,41 ukat.

L'évolution biologique peut être suivie pour la NFS et le ionogramme :

Persistance de l'anémie normocytaire ;
Diminution du taux de globules blancs de $6,1$ à $4,09.10^9/l$;
Normalisation de la kaliémie à J5 ;
Normalisation de la réserve alcaline à J2 ;
Normalisation du taux de protéines 3 semaines plus tard ;
Découverte d'une hypophosphorémie normalisée 48h plus tard.

Elodie sort après un mois d'hospitalisation à 28,4 kg (IMC= 14,4).
Elle est ensuite suivie en consultations externes conjointes. Son poids augmente régulièrement, sa croissance staturale reprend, et les vomissements, qui étaient encore importants à sa sortie de l'hôpital, cessent 6 mois plus tard.

Cette forme d'anorexie se distingue par les vomissements provoqués, plus ou moins fréquents, de la jeune fille. Ils entraînent des spécificités de l'examen clinique et de la biologie chez Elodie par rapport aux autres cas.

Cliniquement, on a pu observer :
une hypertrophie parotidienne due à l'hypersalivation provoquée par les vomissements.

Biologiquement :
Une perturbation du bilan hydro électrolytique, avec notamment hypokaliémie, alcalose hypochlorémique ;
Une déshydratation ;

3. ADELE, un cas particulièrement difficile

Adèle, 15 ans, est initialement hospitalisée pour un bilan d'amaigrissement.
Elle est la quatrième enfant d'une fratrie de six. Ses frères et sœurs ont respectivement 21, 19, 17, 12 et 10 ans.
Elle est en seconde, bonne élève, et fait beaucoup de sport.

On note un amaigrissement progressif depuis un an et demi, temps pendant lequel elle a perdu 13 kg, soit 25,6% de son poids.

Lors de sa première admission :

Adèle pèse 37,2 kg pour 1,60 m, soit un IMC à 14,5.

A l'examen clinique, on a une fréquence cardiaque à 45 pulsations/minute ;
température à 35° ; puberté au stade III de Tanner. Adèle est en aménorrhée primaire.

Les examens complémentaires réalisés (échographie abdominale, radio pulmonaire, TDM cérébral) sont normaux. De même l'ECG ne montre pas d'anomalie en dehors de la bradycardie. Seul l'âge osseux est un an plus jeune que l'âge civil.

Biologiquement :

Discrète anémie (12,2 g/l) normocytaire et leucopénie ($4,29.10^9/l$)
Ionogramme et fonction rénale normaux à l'exception d'une hypophosphorémie (1,06 mmol/l).
Fonction hépatique normale ;
Fonction thyroïdienne normale ;
Anticorps anti-gliadine et anti-endomysium normaux.
IGF1 (100-1100 ng/ml) diminuée (66 ng/ml).

Adèle ressort avec un suivi ambulatoire : elle sera vue en consultation avec le Professeur Amar, et a un objectif de poids à 39 kg (IMC= 15,2).

Six mois plus tard, son poids a peu varié (-500g). Elle est donc réhospitalisée pour bilan et négociation éventuelle d'un contrat.

Par rapport à l'examen clinique initial, on peut noter :
des extrémités froides ;
Un souffle systolique d'1/6° ;
Des zones d'auto mutilation sur les membres inférieurs : Adèle se gratte jusqu'au sang.

Biologiquement :
Anémie normocytaire plus profonde (9,8 g/dl) ;
Hyponatrémie (133 mmol/l) ;
Hypocalcémie (2,17 mmol/l) ;
Hypophosphorémie (1,05 mmol/l) ;
Le taux d'albumine est normal.

Adèle refuse le contrat et sort 3 jours plus tard.

Elle sera vue en consultations externes pendant 3 mois ½.

Evolution pondérale :

	11/04/03	09/05/03	30/05/03	25/06/03
Poids (kg)	38,8	35,6	37,6	36,35

A noter que lors de la première consultation, Adèle présente un globe vésical : elle a bu une grande quantité d'eau avant de se faire peser...

Deux semaines après la dernière consultation, Adèle est admise aux urgences pédiatriques suite à un malaise dans la rue à type de titubement sans chute ni perte de connaissance, dysarthrie et confusion mentale.
Adèle montrait depuis une semaine des troubles inquiétants du comportement alimentaire.

A son arrivée, Adèle pèse 29,950 kg pour 1,60 m, soit un IMC à 11,1 !!! Elle pèse 60% de son poids idéal théorique qui est également son poids initial (50 kg). Ce qui représente une perte de 40% de son poids initial !

Fréquence cardiaque= 28 battements par minute (bpm) ;
TA= 108/75 ;
T°= 33°2 ;
L'examen clinique révèle une altération de l'état général, un pli cutané ;
L'examen neurologique est normal, à l'exception d'un ralentissement psychomoteur.

Biologie :

Anémie normocytaire (9g/dl), thrombopénie (106.10^9 /l)
Discrète hyponatrémie (135 mmol/l) ;
Hypokaliémie (2,8 mmol/l)
Hypocalcémie (2,02 mmol/l) ;
Discrète hypophosphorémie (1,27 mmol/l) ;
Cytolyse hépatique (ASAT= 4,14 ukat ; ALAT= 4,17 ukat) ;
Insuffisance rénale aiguë (urée (2,5-6,5 mmol/l)= 12 mmol/l ; créatinine (30-70 μ mol/l)= 74 μ mol/l)
Discrète hypoalbuminémie (39,4 g/l).

L'ostéodensitométrie réalisée révèle une baisse de la densité osseuse :
T score à -1,82 en lombaire ; et -1,31 au col fémoral.

Adèle doit être hospitalisée 24heures en réanimation pour réchauffement, réhydratation et recharge potassique.

Evolution biologique :

A J3, la kaliémie, la natrémie, est corrigée, la fonction rénale est normalisée, l'hémoglobine est remontée de 2,1 g/dl (11,1 g/dl).
La calcémie se normalisera à J8.
On observe une chute de la phosphorémie, au plus bas à J3 (0,37 mmol/l), qui remontera progressivement pour se normaliser à J10.
Diminution de la protidémie à J4 (59 g/l).
Seule la fonction hépatique ne s'est pas totalement normalisée lors de sa sortie (ASAT= 0,76 ukat ; ALAT= 1,88 ukat).

Adèle reprend progressivement du poids (sonde naso-gastrique), et sortira 5,5 semaines plus tard à un poids de 40,3 kg (IMC= 15,74), soit 80,6% de son poids initial.

Les difficultés alimentaires refont rapidement surface, et Adèle doit être hospitalisée pour la quatrième fois 2 mois plus tard.

Elle pèse 34,4 kg (IMC= 13,04) ; présente à nouveau :

Une anémie (10,9 g/dl) ;

Une hypokaliémie (2,8 mmol/l) ;

Une hypophosphorémie (0,46 mmol/l) ;

Une cytolysé hépatique majeure avec des transaminases 15 fois supérieures à la normale (ASAT= 5,13 ukat ; ALAT= 5,52 ukat).

Biologiquement, les mêmes observations peuvent être faites :

La kaliémie est rapidement corrigée (normalisation à J3) ;

Chute initiale de la phosphorémie (0,28 mmol/l à J3) qui se normalise à J6 ;

Persistance de la cytolysé hépatique à cette même date. Ce sont les derniers chiffres dont nous disposons.

Elle ressort 3 semaines plus tard, à 40 kg (IMC= 15,62), après recharge en potassium et phosphore, réalimentation normale et par sonde naso-gastrique.

C'est la dernière hospitalisation d'Adèle.

Elle est suivie en consultations externes pendant 8 mois :

Adèle prendra 21,3 kg (IMC= 23,7), devient boulimique.

A 17 ans, elle n'est toujours pas réglée et ne revient pas en consultation...

Voilà le cas d'une jeune fille qui a exploré les limites de son corps, de l'anorexie à la boulimie, le privant à l'extrême pour le conduire à la cachexie, puis le gavant dans l'excès encore. Ceci reflète bien le fait que, plus qu'une pathologie du comportement alimentaire, il s'agit de l'expression par un corps haï d'une souffrance intérieure intense.

On a pu objectiver par les chiffres l'étendue de la maltraitance qu'infligent ces patientes à leur corps :

La fonction hépatique altérée, la cytolysé peut conduire à la stéatose, dans un premier temps...

Le cœur souffre, par la perte de masse musculaire qu'il perd d'une part, par les variations de la kaliémie d'autre part.

Les organes génitaux internes, de même par la perte de masse musculaire, et le blocage hormonal entraîné par la dénutrition, peuvent subir des altérations durables.

C'est chez Adèle que tout ceci est le plus criant, parce qu'elle a poussé très loin les limites de son corps. Mais c'est pour prévenir ces complications qu'il est d'une importance majeure de prendre en charge au plus tôt la partie somatique et nutritionnelle de ces patientes, même si l'on sait que ce n'est pas suffisant pour un traitement à long terme de la pathologie.

4. MAËLLE, un diagnostic différentiel

Maëlle, 9 ans, est adressée par un pédiatre pour éliminer une dépression suite à une perte d'appétit et de poids.

Deuxième d'une fratrie de trois, son père est décédé trois ans plus tôt d'un cancer du pancréas. Les enfants ont souvent été confiés à la famille pendant la maladie du papa.

On note une stagnation pondérale depuis l'âge de 6 ans ½, une cassure de la courbe taille à 8 ans.

Maëlle est obsédée par la nourriture, refuse d'avoir un gros ventre.

Dès les premiers dosages biologiques, on trouve des anticorps antigliadines augmentés (IgA (0-3)= 5 mg/l ; IgG (0-18)= 133 mg/l).

Maëlle est hospitalisée à trois reprises pour bilan, épisodes de diarrhée et de rectorragies avant de pouvoir faire le diagnostic.

Lors de sa première admission, Maëlle pèse 21,8 kg pour 1,24 m (IMC= 14,1), soit 80,7% de son poids idéal théorique (-2DS), et 96,12% de sa taille idéale théorique (-2DS).

L'examen clinique ne révèle pas d'anomalie.

Biologie :

Anémie microcytaire ferriprive : Hb= 11,8 g/dl ; VGM= 73,7 fl ; Fer (13-28)= 3 µmol/l ;

Hyperplaquettose ($518.10^9/l$) ;

CRP augmentée (9,2 mg/l)

Hypoalbuminémie (40-50)°= 25,4 g/l ;

Vitamine B12 (200-980) augmentée= 1558 pg/ml ;

Acide folique (3-10) diminué= 1,8 ng/ml ;

Bilan hépatique normal ;

Ionogramme normal ;

Anticorps anti gliadines augmentés ;

Bilan d'auto-immunité normal (Ac anti saccharomyces cerevisiae, Ac anti transglutaminase tissulaire humaine)

Examens complémentaires :

Echographie abdomino-pelvienne : aspect d'adénolymphite mésentérique avec adénomégalie. Normale par ailleurs.

La biopsie du grêle est douteuse (villosités relativement anormales sans atrophie).

Le diagnostic de la maladie de Crohn sera finalement fait lors de la troisième hospitalisation (2 mois ½ après sa première admission) par la coloscopie et les biopsies réalisées lors d'épisodes de rectorragies (iléite et duodénite ulcérées).

La suite de son suivi sera uniquement orientée sur l'évolution de sa maladie.

Une nouvelle perte d'appétit avec refus d'alimentation est en effet attribuée à un syndrome dépressif sur une nouvelle poussée de la maladie, un dégoût du Modulen*.

Maëlle est hospitalisée à plusieurs reprises sur poussées de Crohn.

Six mois ½ après le début de sa prise en charge, Maëlle pèse 24,6 kg pour 1,285 m. Pour son âge (elle a maintenant 11 ans), Maëlle est respectivement à 76,87% et 91,78% de ses poids et taille idéaux théoriques, soit toujours -2DS pour les deux paramètres.

Dans le cas de la jeune Maëlle, il a fallu 2 mois ½ pour établir le diagnostic définitif (coloscopie douteuse). Pourtant, dès les premiers examens biologiques, on avait pu déceler une anomalie montrant qu'il y avait une pathologie sous-jacente.

D'autre part, il est vrai que la jeune fille présentait des caractéristiques de l'anorexie mentale :

Obsession de la nourriture ;

Focalisation sur une partie de son corps : elle refuse « d'avoir un gros ventre ».

Refus de s'alimenter.

Certains auteurs ne sont pas d'accord pour faire de façon systématique, chez tout(e) patient(e) se présentant avec un diagnostic (apparemment évident) d'anorexie mentale, une série d'examens complémentaires.

On peut voir ici le double intérêt de dépister au plus tôt une pathologie somatique à l'origine de l'amaigrissement. En effet, une perte de poids amorcée par une pathologie quelconque, peut provoquer sur des terrains particulièrement sensibles et prédisposés, une véritable anorexie mentale. Il sera alors d'autant plus difficile de la traiter que celle-ci sera installée depuis longtemps. De plus, le rôle du praticien sera plus compliqué puisqu'il aura deux pathologies à traiter.

REVUE DE LA LITTERATURE

I. FACTEURS PREDICTIFS

1. Âge de début

On distingue le début précoce (avant 11 ans) du début tardif (après 18 ans).
Les résultats des études sont contradictoires quant à l'âge de début de la maladie.

Un début précoce serait de mauvais pronostic pour Walford (1991). De même pour Bryant-Waugh en 1988, mais son étude de 1996 ne confirme pas ces données. Herpertz (1995) ne trouve pas de corrélation avec l'âge de début. Quand Steinhausen fait une revue de la littérature en 1997, seule une étude sur les six observe un pronostic plus sombre pour un début de la maladie avant 11 ans. Les cinq autres ne trouvent pas de corrélation avec l'âge. ([2])
Pour Papet et son équipe, l'anorexie mentale pré pubertaire (entre 9 et 10 ans) est une forme sévère. ([4])

Le déclenchement au début de l'adolescence est un facteur de bon pronostic pour Jeammet ([16])

Un début tardif est associé à un mauvais pronostic pour de nombreux auteurs : Ratnasuryia (1991) ([2]) ; Jeammet ([16]) ; Vidailhet ([3]). Pour Papet ([4]), elle est également associée à un risque de chronicisation.

2. Poids

Au vu des différentes études réalisées, deux éléments semblent se détacher comme facteurs de mauvais pronostic :
Le poids minimum atteint pendant la maladie (Jeammet, 92 ; Herpertz, 95) ;
Un Indice de Masse Corporelle (IMC) bas à l'admission (Herpertz, 95 ; Steinhausen, 93 et 97). ([2])

L'IMC influence le pronostic à plusieurs niveaux :
Sa valeur retrouvée lors du suivi d'une part ;
Le taux de mortalité d'autre part.

En effet, Hebebrand (1997) étudie l'influence de l'IMC sur le pronostic à moyen terme (5 ans) chez 272 patientes :
« IMC<13 au départ, est de 18 au moment du follow-up ;
IMC>13 au départ, est de 20 au moment du follow-up.
Pour un IMC<13, le taux de décès est de 11% » ([2])

Pour ces deux éléments, la valeur « limite » semble être un IMC de 13 kg/m².

« Un IMC<13 serait aussi un risque de durée de maladie plus longue. » ([2]) Or, une longue durée de maladie est également un facteur de mauvais pronostic.

Pour E. Rome et son équipe, une adolescente au régime (sévère) a sept fois plus de risques de développer une anorexie. ([14])

Par ailleurs, pour Jeammet, un léger surpoids avant le début de la maladie est facteur de bon pronostic. ([16])

Rigaud et Apfelbaum, en 1993, observent que la perte de poids est à apprécier sous deux angles :

En terme de degré de perte de poids d'une part ;

Et en terme de rapidité de constitution d'autre part.

La rapidité de la perte de poids semblant être un facteur de gravité indépendant de la perte de poids elle-même, même si ceci n'a pas été évalué scientifiquement. ([39])

3. Hospitalisations et rechutes

La durée et le nombre des hospitalisations sont un facteur discuté selon les études : il apparaît comme de pronostic sombre pour Jeammet (92) et Steinhausen (83 et 97) ; Herpertz-Dahlmann (93) ne confirme pas ces données. ([2])

Gowers (2000) trouve une différence significative d'évolution entre les patients ayant été hospitalisés et ceux ne l'ayant pas été. ([2]) Il faut cependant souligner que les patients ayant été hospitalisés étaient à priori dans un état plus grave lors de leur admission.

Quant au facteur de rechutes fréquentes (10 à 50% des cas selon les études), Jeammet trouve des résultats contradictoires entre 1984 où ce ne serait pas un facteur de mauvais pronostic ([16]) et 1991 où il note l'existence d'une rechute comme « facteur de mauvais pronostic à moyen terme. » ([2])

4. Durée de la maladie et retard de mise en route de la thérapeutique

Selon Misra et son équipe ([27]), la durée de la maladie est positivement corrélée avec les valeurs suivantes : Indice de Masse Corporelle, Masse Maigre, Masse Grasse.

Une longue durée de la maladie est considérée comme facteur de mauvais pronostic (Morgan, 83 ; Jeammet, 84 ; Vidailhet, 96). ([2] ; [16] ; [3])

De même une longue durée d'évolution de la maladie avant la mise en route de la thérapeutique est facteur de mauvais pronostic.([4]) Pour E. Rome et son équipe, « dépister les individus à risque et intervenir tôt peut diminuer la gravité des désordres alimentaires. » ([14])

5. Vomissements

L'existence de vomissements serait un indice de mauvais pronostic pour certains auteurs (Jeammet, 91 ; Garfinkel, 77). ([2]) et, pour de Tournemire et Alvin ([7]), les vomissements provoqués seraient même un signe de gravité immédiate.

D'autres auteurs (Herpertz (95) et Morgan (83) ([2]) ; Rome et son équipe (2003) ([14])) ne trouvent pas de corrélation entre vomissements et pronostic.

6. Composantes psychologiques

a. Comorbidité psychiatrique

Morgan (83) et Ratnasuriya (91) notent un pronostic moins bon si il existe un trouble de la personnalité antérieure. ([2])

Herpertz-Dahlmann (1993) cite plusieurs études qui retrouvent des taux de dépression allant de 20 à 40% parmi les patients atteints d'un trouble alimentaire (anorexie mentale et boulimie), et souvent l'existence d'une dépression est associée à un mauvais pronostic.

Steinhausen (97) et Smith (93) trouvent un pronostic moins bon si il existe une dépression au moment du diagnostic. ([2])

b. Traits de la personnalité

Pour Strober (97), « l'hyperactivité compulsive et une altération des relations sociales avant même le début de la maladie seraient des facteurs prédictifs d'évolution chronique. » ([2])

Pour Vidailhet et son équipe, l'importance des traits et préoccupations obsessionnels est un facteur de pronostic défavorable. ([3])

7. La famille

a. Les rapports mère-fille

On note souvent dans les familles d'anorexiques, une forte dépendance à l'égard de la mère, qui se fait d'ailleurs au détriment du couple parental. Pour Papet et son équipe ([4]), l'amour propre de la patiente est en miroir du plaisir narcissique qu'elle procure à sa mère. Cette dernière n'acceptant pas l'existence d'un désir propre et spécifique de son enfant.

Selon une théorie d'H. Bruch, l'idée serait que les « mères, répondant par le don alimentaire à toute demande de l'enfant, ne lui apprennent pas à discriminer les stimuli qui signalent les divers besoins du corps. » ([26])

De nombreux auteurs ont ainsi tenté de montrer une corrélation entre alexithymie et anorexie.

Ainsi, ce n'est pas tant que les familles d'anorexiques sont plus perturbées que les autres, mais ce qui apparaît le plus criant, c'est la difficulté des mères à laisser s'exprimer leurs enfants, la difficulté dans la famille à savoir exprimer ses émotions.

b. Transmission familiale

De multiples études retrouvent chez les parents au premier degré des familles d'anorexiques une plus grande fréquence de :

Dépression ; ([14] ; [30])

Troubles alimentaires ;

Alcoolisme ; ([14])

Ces éléments sont considérés comme des facteurs de risque de développer la maladie, sans que la part de l'influence de l'environnement familial et celle du patrimoine génétique puissent être bien différenciées. ([30])

c. Caractéristiques familiales

Les relations familiales difficiles ou perturbées, les situations conflictuelles sont de mauvais pronostic. ([22] ; 4 ; 2])

Une des caractéristiques de ces familles étant leur refus des situations conflictuelles ([4]), et la volonté de préserver à tous prix l'image lisse d'une famille unie et sans problème.

Selon North (1997), une meilleure dynamique familiale au début de l'évolution permet une amélioration plus rapide, au cours de la première année. Cet écart s'estompant lors de la deuxième année. ([2])

8. Autres facteurs

On retrouve un taux plus élevé d'anorexiques dans les sports à haut niveau où l'aspect du corps est au centre des préoccupations, tels que la danse, la gymnastique ou encore le milieu des mannequins. ([14])

Fraisse note dans son étude (2003) que l'incidence des troubles alimentaires aux Etats-Unis, qui est de 5 à 10% dans la population générale, varie de 16 à 72% dans la population des sportives. ([18])

D'autres facteurs sont de pronostic défavorable dans l'évolution de la maladie :

L'ampleur de la surestimation du volume du corps (E. Garfinkel & coll., 1977) ([16]) ;

Le déni massif de la maladie. ([3])

Les formes pré pubères, masculines, chroniques ou avec mérycisme associé. ([1])

II. LES CONSEQUENCES PHYSIOLOGIQUES DE L'ANOREXIE MENTALE

Elles sont nombreuses et fréquentes, dues tant à la perte de poids rapide, aux phénomènes carentiels majeurs, qu'aux vomissements provoqués et à la prise de laxatifs et de diurétiques.

1. Action sur la masse grasse

La perte de la masse grasse entraîne une perte de chaleur plus importante qui fuit par la peau amincie.

On observe donc une frilosité exacerbée, et une hypothermie avec perte du cycle nycthéméral de la température corporelle.

2. Action sur la masse maigre

Tous les muscles, lisses et squelettiques sont atteints par la perte de matière, et donc leur fonction altérée.

Pour économiser des calories, le corps tout entier va fonctionner au ralenti.

a. Muscles squelettiques

Le cœur :

On peut observer :

Une diminution de la contractilité myocardique et de la fonction ventriculaire gauche que Misra et son équipe (2004) retrouve chez les adultes anorexiques, mais pas chez les adolescentes. ([27])

Une hypotension artérielle et notamment hypotension orthostatique par diminution de la pression d'éjection systolique. ([33])

Une bradycardie ;

Un prolapsus de la valve mitrale ([14]).

Pour Misra (2004), le rythme cardiaque, la tension artérielle et la pression sanguine sont positivement corrélés à l'Indice de Masse Corporelle (IMC) et au taux de Masse Grasse totale ; et inversement corrélés à la durée de la maladie.

La bradycardie pourrait être causée par une hyperactivité vagale : Nudel et son équipe ont trouvé chez des adolescentes anorexiques des réponses sympathiques et cardiovasculaires anormales en réponse à un exercice physique ; et un QT prolongé chez les adultes anorexiques.

Ces changements sont réversibles lors de la réhabilitation nutritionnelle. ([27])

Il faut souligner que la fonction cardiaque subit également l'influence d'une hypokaliémie en cas de vomissements provoqués. ([19]) Les troubles de la conduction peuvent alors constituer des complications. ([16])

Les muscles respiratoires :

La perte de la masse maigre atteint aussi les muscles respiratoires (intercostaux et diaphragmatique). Rigaud (2000) observe un « déficit fonctionnel diaphragmatique avec diminution du volume inspiratoire maximal et du débit expiratoire maximal. » ([33])

L'équipe de Murciano et Rigaud (94) a également montré que les altérations de la fonction respiratoire sont réversibles à la renutrition, alors même que celle-ci est encore incomplète et que de nombreux aspects de la composition corporelle sont encore anormaux. ([44])

Les autres muscles squelettiques :

Et pour tous les muscles squelettiques, Rigaud note dans son étude de 2000 une « amputation nette des capacités à l'effort, tant en puissance maximale qu'en endurance. » ([33])

b. Muscles lisses

Il s'agit du tractus digestif qui est atteint dans son intégralité. Pour Rigaud, il s'agit d'une conséquence de la fonte musculaire : l'estomac et les intestins comportent une couche musculaire que la dénutrition altère. ([15]) Toutes les fonctions sont ralenties, entraînant un inconfort et parfois des manifestations douloureuses qui seront un frein à la reprise d'une alimentation « normale ».

Selon Blanchet et Luton ([6]), des troubles de la motilité oesophagienne sont retrouvés chez 30% de ces patientes. Rigaud explique ce phénomène par la diminution des contractions oesophagiennes propagées, et la diminution du tonus du sphincter inférieur de l'œsophage. ([33])

Blanchet et Luton observent également des anomalies de la vidange gastrique qui, dans 80% des cas sont associées à des anomalies de la motilité antrale. ([6]) L'estomac se contracte moins bien. Les aliments s'évacuent moins vite et il devient, sinon douloureux, du moins inconfortable de s'alimenter. Rigaud et son équipe ont montré que « l'évacuation gastrique d'un repas de 440 Kcal (...) était deux fois plus longue avant renutrition que celle de sujets normaux, mais qu'elle se normalisait sous le seul effet de la renutrition. (...) De même en était-il du ralentissement des temps de transit colique total et segmentaire (associé à la constipation). » ([32])

Le transit gastro-caecal est lui aussi ralenti par la faiblesse du muscle colique, entraînant des ballonnements et une constipation. L'équipe de Hirakwa et Okada a évalué ce ralentissement par un breath test. ([47])

3. Troubles circulatoires

Dans les amaigrissements sévères, apparaissent des troubles circulatoires avec des extrémités froides : c'est le phénomène de Raynaud.

Le cœur, qui fonctionne au ralenti (bradycardie, hypotension), privilégie la vascularisation des organes vitaux. Cela entraîne une vasoconstriction du système veineux périphérique.

Des oedèmes de carence peuvent apparaître au niveau des chevilles et autour des yeux.

Egalement des oedèmes des membres inférieurs par « défaut modéré de retour veineux. » ([33])

Pour Rigaud, à partir d'un Indice de Masse Corporelle $< 15 \text{ kg/m}^2$, « on observe une inversion du rapport Na^+/K^+ urinaire et une tendance à des oedèmes discrets ou modérés au niveau des membres inférieurs et des lombes. Ceci doit conclure à la mise sous régime pauvre en sodium lors de la renutrition. » ([33])

4. Une plus grande fatigabilité : oui, mais une adaptabilité remarquable.

Malgré une fatigabilité plus importante, aussi bien dans l'effort immédiat que dans l'endurance, il est étonnant de voir ces jeunes filles maintenir une telle activité malgré leur statut nutritionnel.

Une des explications possible serait la force du pouvoir psychologique, mais certains auteurs se sont penchés sur l'aspect purement physiologique.

Rigaud et son équipe ont étudié la capacité musculaire d'un groupe d'anorexiques avant et après renutrition, comparé à un groupe de jeunes filles en bonne santé. ([36])

Les résultats sont spectaculaires :

Avant renutrition, la durée de l'exercice physique et le niveau d'effort atteint étaient respectivement plus bas de 52 et 49% à ceux du groupe témoin.

Après 8 jours de renutrition, les performances avaient augmenté de façon impressionnante, et après 45 jours, elles n'étaient plus significativement différentes du groupe témoin.

Parallèlement, ces jeunes filles n'avaient pas retrouvé un statut nutritionnel satisfaisant (l'Indice de Masse Corporelle moyen était de 16 kg/m^2).

D'autre part, la consommation d'oxygène à l'effort (VO_2) et l'énergie dépensée par l'effort physique restaient inchangées – et inférieures à celles du groupe témoin – après 45 jours de renutrition.

Ainsi, « après seulement 8 jours, alors qu'il n'y avait aucune modification détectable de la masse maigre, de la créatinine et de la circonférence musculaire, les performances musculaires s'étaient significativement améliorées. Ceci suggère que des facteurs tels que le flux d'énergie, l'énergie contenue dans le muscle, ou la réplétion de certains micronutriments pourraient améliorer les performances musculaires en quelques jours. » ([36])

Les patients peuvent donc poursuivre une activité physique pour deux raisons : chaque gramme de muscle dépense moins d'énergie qu'un muscle normal ; à cause de leur faible poids corporel.

Cette « économie d'énergie » permet aux patients dénutris de maintenir une activité physique malgré un statut nutritionnel bas et un faible apport énergétique. L'épargne de la VO₂ leur confère un avantage : cela leur permet d'être plus actives sans dépenser plus d'énergie. ([36])

5. Conséquences hormonales et fonctionnelles

a. Aménorrhée

C'est un des signes caractéristiques de l'anorexie mentale. L'aménorrhée peut être primaire ou secondaire. Elle s'inscrit dans l'ensemble des troubles fonctionnels de l'axe cortico-hypothalamo-hypophysaire. ([16]) Elle ne semble pas directement liée à la perte de poids, puisqu'elle peut la suivre comme la précéder. Misra et son équipe suggèrent que la diminution de l'apport énergétique et le stress contribuent à l'hypogonadisme. ([27]) On peut d'ailleurs en rapprocher les irrégularités menstruelles, voire les aménorrhées succédant à un choc émotionnel ou à un stress important. Il est bien souvent un des derniers signes à disparaître, mais de bon pronostic alors.

Pour Rigaud ([39]), si l'aménorrhée est secondaire à l'amaigrissement, elle apparaît pour un BMI situé entre 15 et 17 kg/m², et les règles réapparaîtront quelques semaines après le passage au-dessus de ce poids.

Selon d'autres auteurs, il faut généralement que l'Indice de Masse Corporelle ait atteint la barre des 18,5 pour que les règles reviennent, si il s'agit d'une aménorrhée secondaire. Si elle est primaire, il est difficile de savoir quand elles apparaîtront, mais il y a peu de chances pour que cela arrive en dessous d'un IMC de 18,5.

Selon Rigaud et Apfelbaum (93), « le profil de réponse au LH-RH à la période de dénutrition est de type pré-pubertaire (réponse de la LH beaucoup plus basse que celle de la FSH). La conséquence est une hypotrophie ovarienne et utérine, corrigée par la renutrition après restauration de la sécrétion de FSH et LH. » ([39])

Dans l'étude de Misra (2004), 32% des jeunes filles réglées l'ont été plus tardivement que la moyenne des jeunes filles blanches américaines, et parmi celles qui ne le sont pas, 35% ont plus de 15,3 ans (+2 DS). Ceci reflète le bas niveau d'oestrogènes chez ces jeunes filles. ([27])

b. Ostéoporose

L'ostéoporose est un phénomène qui touche généralement les femmes lors de la ménopause, dû à la chute des taux de progestérone et d'oestrogènes.

Le capital osseux se constitue principalement pendant les derniers stades de la puberté (stades 4 et 5 de Tanner) et pour les jeunes filles, il y a un très faible gain de densité osseuse dans les deux ans suivant l'apparition des premières règles.

Le facteur principal déterminant le capital de masse osseuse acquis à la fin de l'adolescence est le facteur génétique. Seuls 20 à 40% de cette masse osseuse sera influencée par des facteurs nutritionnels, ou de « comportements de vie ».

Cela explique pourquoi le degré d'ostéopénie due à l'anorexie mentale dépend de l'âge auquel la pathologie a débuté d'une part, et de la durée de celle-ci d'autre part.

Golden et son équipe ont étudié une population de cinquante jeunes filles anorexiques, âgées de 13 à 21 ans et souffrant d'une aménorrhée primaire ou secondaire depuis au moins six mois. Ils ont pu observer quelques points intéressants :

Les jeunes filles dont l'anorexie a débuté avant l'arrivée des premières règles ont au début de l'étude une densité osseuse plus basse que celle dont l'anorexie a débuté après la fin de la puberté. On peut expliquer cette différence par le fait que les malades les plus jeunes n'avaient pas encore acquis leur capital osseux final. Malheureusement, après trois ans de suivi, on n'avait pas observé chez ces jeunes filles une augmentation significative de leur masse osseuse. Ce qui tendrait à prouver que le mal fait à cette période du développement est alors irréparable. L'apparition de l'anorexie mentale alors que la jeune fille n'est pas encore réglée serait donc un facteur de mauvais pronostic en ce qui concerne l'ostéoporose, et ce à long terme.

Fraisse confirme ces données par son étude sur « Le syndrome anorexie, aménorrhée et ostéoporose chez l'adolescente sportive » ([18]) : « la perte de masse osseuse chez la sportive aménorrhéique peut être irréversible car le pic de masse osseuse peut ne jamais être atteint. »

Pour Neville, 90% des adolescentes anorexiques ayant été aménorrhéique plus de six mois présentent une réduction significative de leur masse osseuse, et quelques patientes présentent tous les critères de l'ostéoporose.

Or, on a également constaté que chez les femmes ménopausées, une diminution d'une déviation standard de la densité osseuse correspondait à un risque fracturaire multiplié par deux. On peut aisément en conclure que ces jeunes anorexiques ont un risque important de faire des fractures. ([17])

Depuis la parution de l'étude rétrospective de Seeman, montrant que les jeunes anorexiques ayant été sous contraceptif oral ont un capital osseux plus important que celles n'en ayant pas bénéficié, nombreux sont les praticiens qui leur donnent systématiquement pensant ralentir au moins la dégradation osseuse inhérente à la pathologie.

Or l'étude de Golden, en comparant l'évolution ostéodensitométrique de jeunes anorexiques avec et sans traitement hormonal substitutif, avait pour objectif de savoir si un tel traitement aurait une influence favorable sur la croissance de la densité osseuse lors du traitement de ces jeunes filles. Elles recevaient toutes un supplément de vitamine D et de calcium et ont été suivies entre un et trois ans.

Cette étude leur a permis de montrer que :

La supplémentation des anorexiques en oestrogènes et progestérone n'a pas eu l'influence favorable escomptée sur la croissance minérale osseuse.

Elle agit par contre favorablement chez les femmes ménopausées pour qui donc le seul facteur d'ostéopénie est la carence en oestrogènes. Ce qui amène à la conclusion que, chez les jeunes filles anorexiques, la carence en oestrogènes n'est pas le seul facteur dans le processus de dégradation de la masse osseuse. Il faut y ajouter les effets de la dénutrition, des apports insuffisants de calcium et de vitamine D, leur faible poids, enfin un excès de glucocorticoïdes.

C'est d'abord la restauration du poids qui est un facteur essentiel pour la reprise de la production endogène d'oestrogènes, la réapparition naturelles des règles, et donc la croissance minérale osseuse, et non l'instauration d'un traitement hormonal artificiel. ([17])

L'étude de Misra et son équipe (2004) confirme ces données :

Pour eux, il est possible qu'une autre cause de la basse densité osseuse soit les très faibles taux d'IGF-1 chez les anorexiques : l'augmentation du taux d'oestradiol dans le sang au début de la puberté est suivie de près par l'augmentation du taux de GH et d'IGF-1 qui concourent à l'anabolisme osseux.

Il serait donc, pour eux non seulement inutile de traiter systématiquement ces jeunes filles avec un oestro-progestatif, mais aussi préjudiciable, puisque le retour artificiel des règles pourrait leurrer aussi bien la patiente que son thérapeute sur le faux retour d'une bonne santé apparente. En effet, pour la majorité des praticiens, le retour des règles est un critère objectif de bonne santé. Et le poids obtenu à ce moment là peut être pour eux un but thérapeutique. Le contraceptif oral masquera cette période là.

c. La croissance

Le retentissement sur la croissance est d'autant plus à craindre que l'anorexie est contemporaine de la puberté et de la poussée de croissance. Une cassure de la courbe de croissance peut alors s'observer. ([11])

La radio de la main montre parfois un retard d'âge osseux.

Les taux d'hormone de croissance sont habituellement normaux mais la somatomédine est effondrée. ([11])

d. Autres

Le foie souffre lui aussi : l'insuffisance hépatique entraîne une stéatose, réversible.

6. *Fonctionnement neurologique et psychique*

La restriction alimentaire et les carences nutritionnelles altèrent également la fonction neurologique.

Selon Rigaud, on peut observer :
Des troubles de la sensibilité au toucher ;
Une diminution de la perception de la position des membres dans l'espace ;
Une diminution de l'acuité visuelle, de la vitesse de propagation de l'influx nerveux. ([15])
Il note globalement un ralentissement psychomoteur à un stade avancé de la maladie.
L'atteinte des fonctions intellectuelles s'aggrave au fil de la dénutrition avec apparition de difficultés de concentration, de trous de mémoire, une altération de la capacité de calcul et de logique. ([15])

En 1984, P. Jeammet note des altérations des images cérébrales au scanner. Ces anomalies semblent secondaires à la dénutrition et régresser à la renutrition. ([16]) Ses études montreront, 18 ans plus tard, que toutes les anomalies ne sont pas entièrement réversibles.

Sibertin-blanc (1996), remarque que l'électro-encéphalogramme peut inscrire des anomalies diffuses liées aux troubles métaboliques. ([19])

En 2002, l'équipe de Berthoz et Jeammet, grâce aux techniques récentes d'imagerie médicale, mettent en évidence les anomalies cérébrales dans les troubles du comportement alimentaire.

Des anomalies structurelles :

Un élargissement des espaces LCR externes.

Un élargissement ventriculaire.

Un épaississement des sillons.

Un rétrécissement des gyri corticaux.

Une diminution du volume de la matière grise et de la matière blanche.

Il semblerait que ces anomalies surviennent très tôt dans le décours de la maladie.

Des anomalies fonctionnelles :

Un hypométabolisme cortical global, plus marqué dans les régions pariétales et frontales supérieures.

Un hypermétabolisme du cortex frontal inférieur latéral et des noyaux caudés.

Comme mécanismes à l'origine de ces modifications, Berthoz et son équipe soulignent la participation de la dénutrition d'une part (corrélation négative entre le BMI et le volume ventriculaire par exemple) ; l'hypercortisolémie fréquemment retrouvée chez ces adolescentes d'autre part.

Plusieurs études ont détecté une association entre taux de cortisol et anomalies cérébrales structurelles :

Corrélation négative entre taux de cortisol et volumes de matière grise centraux ;

Corrélation positive avec le LCR central. ([31])

Certaines modifications semblent partiellement réversibles tels que l'élargissement ventriculaire, les volumes de matière blanche et de liquide céphalo-rachidien.
D'autres sont par contre irréversibles (le volume de matière grise).

Cette question est d'une importance capitale, l'anorexie survenant le plus souvent chez lors de l'adolescence, « période de la vie où il y a une importante maturation des structures cérébrales, principalement frontales, qui sont impliquées dans les processus cognitifs fondamentaux tels que l'apprentissage, l'inhibition de la réponse, la planification, ou encore la régulation émotionnelle. » ([31]) La maturation cérébrale continuant jusqu'à environ 25 ans, on ne connaît pas encore les conséquences sur cette maturation ainsi que le retentissement sur les fonctions cognitives de ces jeunes filles ! ([31])

7. Adaptation du corps à la dénutrition

Jeammet (1984) observe que chez les jeunes anorexiques le métabolisme basal est inférieur de 20 à 40% par rapport à la normale. ([16])

Rigaud (2000) étudie de près les différents postes de dépense énergétique. Il observe les données suivantes :

- Diminution de la Dépense Énergétique de Repos (DER) : par la restriction des apports énergétiques en dessous des apports de maintenance d'une part. D'autre part, « chaque unité de la masse maigre, en particulier les cellules hépatiques et musculaires, réduit sa consommation d'oxygène et donc sa dépense énergétique. »
- Diminution de la Dépense Énergétique Postprandiale (DEPP) : de même par une restriction des apports énergétiques, la DEPP étant liée à la transformation des nutriments.
- Diminution de la Dépense Énergétique liée à l'Activité Physique (DEAP). Il s'agit là d'une stratégie d'économie : chaque cellule musculaire dépense moins pour une même activité.
- Diminution de la Dépense Énergétique liée à la Thermorégulation (DETR) : la restriction des apports entraîne une diminution de l'excrétion des hormones thyroïdiennes et de la température corporelle. ([33])

On observe bien une authentique adaptation métabolique à la dénutrition.

Au fil de la renutrition, on pourra observer un phénomène en miroir avec « augmentation de la consommation d'oxygène de chaque cellule de la masse maigre et augmentation de la masse maigre (...). Il y aura de ce fait augmentation de la DER, DEPP, DEAP, et de la DETR. (...) Il en résulte un gaspillage énergétique qui nuit à l'efficacité de la renutrition. » ([33])

Rome et son équipe (2003) confirment ces données :
Les besoins dans la phase aiguë de la dénutrition sont plus bas que ce qui pourrait être prévisible d'après la théorie. Ils augmentent ensuite extraordinairement pendant la phase de renutrition. ([14])

III. LES CONSEQUENCES CLINIQUES ET BIOLOGIQUES DE L'ANOREXIE MENTALE

La complication la plus grave est le décès de la patiente. Si il faut toujours l'avoir à l'esprit face à une anorexique, il est fort heureusement devenu beaucoup moins fréquent depuis que l'on prend en compte et que l'on suit de près l'état nutritionnel.

On est aujourd'hui bien loin des 10% de décès :
Selon une étude de Rigaud, sur 487 malades suivis depuis plus de huit ans, il y a eu sept décès. Ce qui représente 1,4%. Deux anorexiques restrictives sont mortes de dénutrition grave et cinq anorexiques boulimiques se sont suicidées.

Le risque suicidaire serait très rare chez l'anorexique restrictive, un peu moins chez l'anorexique boulimique. Avec un taux de mortalité de 1 à 2% chez les premières contre 3 à 5% chez les secondes.

Nous allons passer en revue les complications cliniques et biologiques pouvant survenir chez l'anorexique, suite à un état de dénutrition majeure. Il est bien entendu que, si certaines se voient fréquemment, beaucoup ne se rencontrent que dans des cas extrêmes ou particuliers.

1. Les signes cliniques

L'examen clinique est un élément important dans le dépistage, puis le suivi de l'anorexie. Il doit être rigoureusement mené à la recherche de signes de gravité, notamment de signes indiquant des vomissements provoqués qui sont un facteur de complications.

Chacun des organes peut être défavorablement affecté par la dénutrition et la perte rapide de poids.

a. L'apparence de maigreur générale

Ce qui frappe au premier abord, c'est un aspect de maigreur globale extrême, de fragilité physique. « Elle n'est pas mince, elle est dénutrie. » ([15])
On peut parler de dénutrition quand l'Indice de Masse Corporelle devient inférieur à 18,5, et de dénutrition importante en dessous de 14. Il y a alors un risque vital. ([33])

On distingue ses os sous la peau, et chacune de ses articulations ressort de façon démesurée.

Ses veines forment des lacis plus ou moins saillants déformant l'aspect de ses membres.

Son visage est ridé, ses joues creusées, ses yeux paraissent enfoncés dans les orbites. C'est un visage terne et triste.

On note également un effacement des fesses, des seins et des hanches : c'est un corps asexué qu'elle nous présente.

C'est à la fois la fonte du panicule adipeux et de la masse musculaire, qui se font parallèlement, qui lui donnent cet aspect cadavérique. La masse grasse du tronc est la plus diminuée. ([27])

b. Aspect de la peau

« La peau a une couleur jaune orangée, caractéristique de l'hypercaroténémie due à un accroissement de la consommation en carotène ou à un trouble du métabolisme de la vitamine A. »

Ce résultat est d'autant plus remarquable que la caroténémie serait abaissée dans les autres formes de dénutrition (SCHWABE, 1981) ([16])

Au niveau des extrémités, la peau est violacée, moite et froide, conséquence de l'hypothermie, du syndrome de Raynaud.

Les phanères deviennent secs, cassants, les cheveux ternes et les ongles striés.

L'hypertrichose et le lanugo sont dus à un hypercorticisme réactionnel.

c. Examen neurologique

On peut parfois noter une diminution des réflexes tendineux ([14]), des troubles de la sensibilité au toucher ([15])

d. Egalement à l'examen clinique

Une hépatomégalie en cas de stéatose hépatique.

Par ailleurs, les vomissements provoqués entraînent des conséquences visibles à l'examen clinique :

Des cals sur le dos d'une main, c'est le signe de Russell. ([14])

Une hypertrophie parotidienne : les vomissements provoqués favorisent la production d'un suc salivaire visqueux qui bouche les glandes salivaires et provoque leur gonflement. ([15])

Des altérations dentaires : perte de l'émail, cassures et déchaussements dentaires, atteinte des gencives (saignements).

Les vomissements provoquent perte de potassium, eau, calories, minéraux et vitamines, pouvant entraîner des oedèmes des membres inférieurs, accentuer la sécheresse de la peau, les saignements des gencives. ([15])

Tous ces signes de dénutrition donnent à l'anorexique un aspect cadavérique, voire fantomatique.
On peut également noter une diminution importante voire totale des émotions sur son visage.

2. Anomalies du bilan biologique

Avant d'aborder la liste de tous les marqueurs sanguins pouvant se trouver perturbés au cours de l'anorexie mentale, il est important de souligner que ces paramètres font souvent défaut jusqu'à un stade avancé de la maladie. La « baisse des concentrations d'albumine, de transferrine et d'hémoglobine (...) survient en dessous d'un BMI de 13. Ce ne sont pas des marqueurs sensibles dans l'anorexie mentale. Ce sont en revanche des marqueurs de gravité : ils signalent soit une dénutrition extrême, soit une affection associée. » ([39])

Selon Rigaud, il y aurait deux raisons à cela :
Le volume plasmatique est réduit ;
L'organisme s'adapte à la dénutrition : « le catabolisme de nombreuses protéines diminue et se stabilise à un niveau assez proche de la synthèse. Ainsi, pendant très longtemps anabolisme et catabolisme sont voisins, permettant à l'organisme de maintenir normale leur concentration plasmatique. » ([33])

Pour Dupuis et Venisse ([20]), les paramètres sanguins ne se modifient que si la chute pondérale excède 30%, ou en présence de purge, potomanie ou prise de médicaments.

Il semblerait qu'en plus du fait que les signes sanguins soient tardifs, de nombreuses carences ne soient pas identifiées par le bilan sanguin : par exemple, les bilans phosphocalcique et magnésien sont souvent normaux, alors que l'absorptiométrie biphotonique met constamment en évidence une déminéralisation du rachis lombaire qui peut atteindre jusqu'à 50%. ([39])

a. Numération Formule Sanguine (NFS)

On peut observer :
Anémie hypochrome ferrique ou mégaloblastique ;
Leucopénie avec augmentation des lymphocytes ;
Thrombopénie.

Le taux d'hématocrite n'est corrélé ni à la durée de la maladie ni au statut nutritionnel (Indice de Masse corporelle, Masse Maigre, Masse Grasse).
Sont positivement corrélés à l'Indice de Masse Corporelle : le taux de globules rouges, de globules blancs. Le Volume Globulaire Moyen (VGM) augmente quand l'Indice de Masse Corporelle (IMC) diminue. ([27])

Pour Misra et son équipe ([27]), les changements de morphologie cellulaire suggèrent que l'hypoplasie de la moëlle osseuse ne serait pas seule responsable des anomalies des éléments sanguins : le déficit d'apport alimentaire en vitamines B12, folates et fer pourrait y contribuer.

b. Ionogramme

A propos de l'hypokaliémie parfois retrouvée chez les patientes anorexiques, les avis des auteurs sont partagés :

L'équipe de Misra ([27]) n'ayant pas retrouvé d'hypokaliémie chez ses sujets anorexiques, et sachant que seulement deux d'entre elles rapportaient des épisodes réguliers de vomissements provoqués, celui-ci en déduit que la forme restrictive pure de l'anorexie les protège de cette anomalie biologique.

Par contre, pour Rigaud et Apfelbaum, l'hypokaliémie peut être due, aux vomissements si ils sont fréquents, à la prise de laxatifs ou de diurétiques, ou encore à une carence d'apport. Elle peut être importante (inférieure à 2mmol/l ([15])), et si elle est généralement bien tolérée, peut entraîner des troubles cardiaques parfois graves. On a cependant remarqué que l'hypokaliémie n'était pas toujours liée à la prise de laxatifs (sauf si <2 mmol/l) et était un facteur de gravité indépendant. ([39])

On peut également observer :

Une alcalose hypochlorémique en cas de vomissements provoqués ;

Une acidose métabolique en cas d'abus de laxatifs ;

Une hyponatrémie en cas de potomanie. ([19], [39])

L'azotémie est souvent augmentée ([15]).

c. Micronutriments

Pour Vidailhet, « la plupart des perturbations vitaminiques observées (hypercaroténémie, hyperhomocystéinémie, acidurie éthylmalonique et adipique, diminution de la 1,25-(OH)₂D) apparaissent plus comme des perturbations du métabolisme que comme une carence à proprement parler. (...) La correction de ces perturbations par la seule renutrition, sans supplémentation vitaminique spécifique, témoigne en faveur de perturbations secondaires à la dénutrition. (...) En tout état de cause, des supplémentations vitaminiques spécifiques dépassant les apports nutritionnels recommandés, n'apparaissent pas aujourd'hui justifiées. » ([34])

Diminution des taux de magnésium et zinc.

La calcémie n'est pas modifiée ([27])

d. Cas particulier du phosphore

Si la phosphorémie est en apparence normale lors du bilan d'investigation, l'hypophosphorémie se dévoile dès le début de la renutrition en substrats hautement caloriques.

En effet, en cas de dénutrition protéique, ce sont les réserves en phosphore qui diminuent, la concentration plasmatique restant en apparence normale. Lors de la renutrition, le phosphore se déplace du sang vers l'intérieur des cellules où il est bloqué, dévoilant ainsi l'hypophosphorémie.

De plus la synthèse protéique ayant été réduite tout au long de la restriction alimentaire, lors de la reprise de cette synthèse par la renutrition, les besoins en phosphore augmentent (celui-ci étant nécessaire à la production d'ATP).

Le manque de phosphore, entraînant une diminution du taux d'ATP, a de nombreuses conséquences physiologiques :

Au niveau des globules rouges, cela provoque hypoxie et hémolyse ;
Une perturbation de la fonction respiratoire ;
Une perturbation de la fonction cardiaque ;
Une altération de la fonction immunitaire ;
Un déséquilibre électrolytique provoquant les oedèmes décrits chez les anorexiques.

Quand on sait que la plupart des décès des anorexiques sont dus à des troubles électrolytiques entraînant des arrêts cardiaques, ou à des phénomènes infectieux, cela donne l'ampleur de la gravité d'une hypophosphorémie.

Elle est donc à l'origine de nombreuses perturbations entraînant des conséquences cliniques multiples :

C'est un facteur aggravant l'ostéoporose en augmentant la résorption osseuse, et ce, d'autant plus que la maladie survient pendant une période de forte croissance (à l'adolescence), les besoins en phosphore augmentant à cette période là.
Comme on l'a vu plus haut, une concentration basse en phosphore peut provoquer des arrêts cardiaques. Cliniquement, elle est impliquée dans le développement des arythmies cardiaques, la petite taille du cœur et les cardiomyopathies. Ces troubles sont réversibles quand l'hypophosphorémie est corrigée.

Détresse respiratoire ;
Défaillance rénale aiguë ;
Dysphagie, achalasie ;
Complications neurologiques centrales ;
Neuropathie sensitive périphérique ;
Atrophie cérébrale lors des privations prolongées.

Ainsi, il est essentiel de supplémenter en phosphore les anorexiques dès le début de leur prise en charge nutritionnelle. Cependant, cette supplémentation doit être faite avec prudence : les quantités de phosphore délivrées doivent être calculées avec précision, afin d'éviter les complications correspondant au « refeeding syndrome ».

e. Fonctions biologiques

Tous les organes sont atteints par la dénutrition, entraînant des dysfonctions. On peut observer :

Une insuffisance rénale fonctionnelle (la créatininémie étant à interpréter en fonction du poids) ([39]) ;

Une élévation de l'urée sanguine (signe de déshydratation) ;

En cas de dénutrition importante, une altération du bilan biologique hépatique et une stéatose (20% des cas dans la série de Rigaud et Apfelbaum ([39]))

Curieusement, l'immunité est conservée jusqu'à un stade de dénutrition assez avancée (IMC<14). Les immunoglobulines sériques sont normales ou subnormales. Curieusement, c'est lorsque débute la renutrition que le risque d'infections semble augmenter. ([39])

Plusieurs études montrent, paradoxalement, une vulnérabilité moindre aux infections chez les sujets souffrant d'anorexie mentale. ([43]) Barbouche et son équipe ont observé lors de la période de dénutrition un taux d'IgM significativement augmenté qui a diminué lors de la renutrition, et au contraire un taux d'IgG plus bas en état de dénutrition qui augmente lors de la renutrition.

f. Autres

On peut également observer :

Une hypoglycémie modérée avec une sensibilité à l'insuline supérieure à la moyenne, mais moindre que dans la déficience hypophysaire ([15]) ;

Une hypoprotidémie pouvant réaliser le tableau de Kwashiorkor avec des oedèmes, une hépatomégalie due à une stéatofibrose, des lésions cutanées érythémato-squameuses aux points de pression, un éclaircissement des cheveux et des poils, un état de grande faiblesse et un ralentissement psychomoteur (JP. Grillet & H.Harms, 1980) ([16])

Une hypercortisolémie. ([19]) Pour Misra et son équipe, cet hypercortisolisme serait une conséquence du stress persistant de la maladie et pourrait également contribuer à la détérioration de la densité minérale osseuse. La renutrition normalise les taux de cortisol urinaire et de créatinine par rapport à la surface du corps, la malnutrition est donc à l'origine de l'hypercortisolisme. ([27]).

Une cholestérolémie, augmentée tardivement ([16]).

Un déficit partiel en hormone antidiurétique.

Tous ces signes biologiques sont la conséquence de la diminution de l'apport alimentaire, puis de l'amaigrissement. Il n'existe cependant pas de signe spécifique de l'anorexie mentale.

3. Signes d'atteinte haute secondaire

L'essentiel des manifestations endocriniennes sont fonctionnelles et corrigées par la renutrition. « Le tableau classique est celui d'un hypopituitarisme ante-hypophysaire incomplet. » ([39])

a. Hormones sexuelles

On observe un profil pré pubertaire :

Disparition du pic de LH avec baisse des oestrogènes, FSH et LH, et une réponse très faible à la stimulation par la LH-RH. ([19]) ;

Prégnandiol et oestrogènes urinaires sont effondrés ;

Chez les garçons, on trouve un taux de testostérone très bas. ([16]).

b. Thyroïde

Son métabolisme est diminué : on a un syndrome de T3 basse avec T4 normale ou basse, et TSH normale avec une réponse faible et retardée à la stimulation de TRH.

Il n'y a donc pas de vraie hypothyroïdie. Selon Jeammet, « l'hypotriiodothyroninémie doit être considérée comme un mécanisme d'ajustement homéostatique à un niveau cellulaire. » ([16]).

Ce syndrome de T3 basse, entraîne des signes d'hypothyroïdie dissociée : troubles des phanères, hypothermie, bradycardie, frilosité, constipation, hypercholestérolémie. ([39])

c. Hormones et facteurs de croissance

Le taux d'hormones de croissance est normal lors des épisodes de dénutrition. Ce sont ses intermédiaires sécrétées par le foie, les somatomédines, qui sont les facteurs de croissance, et dont les taux sont effondrés dans les situations de malnutrition. ([19] ; [46])

Le taux d'IGF1, est corrélé à celui de l'oestradiol, et déterminé par le pourcentage de Masse Grasse et la durée de la maladie. ([27] ; [46])

Cependant, pour plusieurs auteurs, la stagnation de la croissance pendant la période de restriction alimentaire est due à plusieurs facteurs :

Selon Czernichow, l'effondrement de la sécrétion de la T3, hormone thyroïdienne la plus active, associée à celui des somatomédines et peut-être à des signaux inhibiteurs de croissance (mal connus), sont à l'origine de l'arrêt de la croissance. ([46]) Ces phénomènes sont réversibles par une reprise d'un statut nutritionnel normal, même après une longue période d'interruption.

Pour Jeammet non plus, la théorie endocrinienne n'est pas seule responsable de l'arrêt de la croissance. Elle serait également sous l'influence de facteurs psychologiques, à rapprocher du nanisme psychique ou de détresse, ou du nanisme psychosocial. Il observe en effet que « dans certains cas la normalisation du poids ne s'accompagne pas toujours d'une reprise de la croissance ou seulement avec un décalage important dans le temps. » ([45])

4. Troubles du comportement

a. Les modifications du comportement vis-à-vis de son propre corps : la maltraitance physique.

C'est l'une des caractéristiques de l'anorexie mentale : elles prônent un ascétisme caricatural. Elles maintiennent une hyperactivité physique alors même que leur condition physique se dégrade, d'une part pour dépenser le peu de calories qu'elles ont ingérées, d'autre part pour aller toujours plus loin dans la recherche des limites de leur corps. ([26])

Pour Marcelli, plus elle maigrit, plus elle va vouloir explorer et dépasser ses limites, se sentant indestructible. Elle va faire de longues marches, courir, danser, nager...préférant les sports solitaires aux sports collectifs. ([11])
Et se sentant indestructible, elle cherche à tester, repousser les limites de son corps, comme les limites de la vie.

Tout comme ce qu'elle dit être un « manque d'appétit ». Il s'agit en réalité d'une lutte active contre la faim, dont elle est fière de ressortir victorieuse. Elle s'affame pour ressentir la faim, et y prend plaisir.

De même, le désintérêt fréquent qu'elles ont pour la sexualité fait partie intégrante de ce refus de tout plaisir, de toute émotion. En effaçant leurs formes féminines, elles nient leurs modifications corporelles et veulent faire taire ce corps qui devient trop bruyant.

On peut parler de maltraitance physique.

b. Les troubles du comportement

Petit à petit, l'anorexique s'enferme dans son monde, celui qu'elle a recréé, avec ses rituels qui peuvent prendre de plus en plus de place l'isolant encore plus.

Des troubles du comportement et de l'humeur s'installent : état dépressif, humeur instable. On peut parfois observer une succession de phases maniaques et dépressives. En effet, la jeune fille peut passer par des périodes d'intense excitation, de sentiment de toute puissance, puis brutalement, un état dépressif s'installe, avec troubles du sommeil, irritabilité, anxiété, perte du désir, de l'intérêt. ([15]) Les familles rapportent souvent une agressivité, une violence verbale de la jeune fille envers ses proches. Et ils sont d'autant plus déstabilisés qu'ils avaient, encore quelques mois auparavant, une petite fille sage et studieuse face à eux.

Tous les symptômes dépressifs se trouvent amplifiés si la malade vomit.

Par ailleurs, la dénutrition a elle-même un rôle sur le comportement. Pour Brusset, « la déprivation nutritionnelle pourrait avoir des effets physiologiques au-delà de la simple activation des représentations alimentaires en déterminant la sécrétion d'endorphines, c'est-à-dire de substances opioïdes intracérébrales. Le bien-être ainsi provoqué entraînerait l'accoutumance et la dépendance. On a pu penser ainsi que l'anorexie mentale était une sorte de « toxicomanie endogène », expliquant l'érotisation de la sensation de faim, de vide, de vertige, comme dans l'hyperactivité physique et sportive. » ([26])

On a observé dans des populations très dénutries des comportements alimentaires bizarres, tels que la tolérance aux goûts désagréables, la recherche d'aliments très relevés, le grignotage. De même, une propension de ces personnes à s'absorber dans leur apparence, à centrer leurs seuls intérêts sur l'image d'eux-mêmes et de la nourriture (SOURS, 1980). ([16])

La sensation de faim et sa non-satisfaction leur procure à la fois une décharge érotique et une sensation d'exister.

L'état de dénutrition modifie la relation au temps, aggrave les problèmes de dépersonnalisation.

Peu à peu elle aboutit à l'apathie, à la fatigue, à la dépression et à un rétrécissement des champs d'intérêts avec centrage exclusif sur quelques préoccupations obsessionnelles. Cependant, contrairement aux dénutris purs, les anorexiques conservent beaucoup plus longtemps une hyperactivité et un sentiment de bien-être.

En 1950, Keys a étudié les effets d'une restriction alimentaire sur des volontaires sains, soumis pendant six mois à une semi-diète. Il constata :

- Une augmentation significative de l'exercice physique ;
- La présence de pensées obsessionnelles au sujet de la nourriture ;
- Des comportements de stockage ;
- La prise compulsive de nourriture ;
- Des perturbations du schéma corporel.

Ces pensées et ces comportements sont retrouvés dans les troubles anorexique et boulimique.

IV. EVOLUTION

1. Difficultés d'évaluation

L'anorexie mentale est une pathologie dont la durée d'évolution peut être de quelques mois à toute la vie, avec un devenir de la guérison à la mort. L'évaluation précise et objective de son évolution (surtout à long terme), se révèle donc un exercice difficile, et ceci pour de multiples raisons.

a. Les critères diagnostics

Les critères de diagnostic ont évolué avec le temps et la connaissance de la pathologie.

- Le poids :

Jusque dans les années 60, l'anorexie mentale était définie par une perte de poids supérieure à 25% et due à toute cause psychiatrique.

Les critères de Feighner, utilisés dans les études les plus anciennes, nécessitent une perte de poids de 25%, alors que plus tard le DSM III-R introduira la notion de « différence de 25% du poids attendu pour la taille et l'âge ». Plus tard, le DSM IV ramènera la perte de poids par rapport au poids attendu à 15%. ([2]) Ces critères paraissent plus adaptés à l'enfant et à l'adolescent n'ayant pas terminé sa croissance : ils permettent de tenir compte d'une stagnation de poids sans réelle décroissance au sens numérique du terme. Ceci est d'autant plus intéressant que le nombre de jeunes anorexiques est en augmentation ces dernières années.

De même, il faudrait pouvoir tenir compte de la morphologie des patients, de leurs courbes de croissance suivies depuis la naissance ainsi que de leur poids au début de la pathologie. En effet, un individu en surpoids ou obèse pourra perdre 15% de son poids initial sans être nécessairement anorexique ni aboutir à un Indice de Masse Corporelle (IMC) dangereux pour sa santé. Ce qui ne serait pas le cas d'une personne partant déjà d'un « poids limite ».

- Le type de critères :

La notion de plus ou moins bonne évolution sera également influencée par les critères pris en considération. Jeammet souligne dès 1984 que l'évaluation ne prenant en compte que les critères symptomatiques permet « d'occulter l'écart entre le discours manifeste de la patiente, parfois même son apparence physique, et la réalité de ses conduites alimentaires et de sa vie. Cela se vérifie, en particulier, pour les conduites alimentaires qui peuvent rester très perturbées, en dépit des dires de la patiente et d'un poids redevenu normal. » ([38])

Ainsi, en 1992, Jeammet utilise une version élaborée par son équipe tenant compte de « l'alimentation, du poids, des menstruations, de l'état mental, de la capacité d'insight, des relations familiales, des relations sexuelles, des contacts sociaux en dehors de la famille, de l'occupation professionnelle et des conduites addictives. » ([2]) Cette échelle présente une difficulté : les items état mental et insight nécessitent une observation par un observateur expérimenté.

Les résultats observés par Sibertin-Blanc illustrent bien ce propos : « les résultats sont considérés comme bons dans 70% des cas si on ne se contente que des seuls critères symptomatiques. Mais ils ne sont plus que de 20 à 30% si l'on prend en compte le fonctionnement mental, la perception de l'image du corps, la capacité de s'engager dans des relations affectives, sociales ou professionnelles. » ([19]).

On voit bien que selon les critères pris en considération, les échantillons ne seront pas comparables et l'évolution des patients ne sera pas jugée la même.

De même, les modes de prise en charge étant très disparates, l'évolution ne peut être prise en compte de la même façon.

b. Le recrutement

Il ne sera pas le même selon qu'il est fait par un généraliste, un pédiatre, un psychiatre, un endocrinologue ou un médecin hospitalier. Chacun aura des biais de recrutement différent : « ainsi, un centre plus particulièrement spécialisé va accueillir les patients dont les prises en charge ont échoué ailleurs, les cas les plus difficiles. » ([2])

c. Les perdus de vue

Il s'agit d'un biais d'autant plus important que la plupart des études sont rétrospectives.

« Steinhausen note dans ses revues de littérature des taux de perdus de vue allant (...) en 1991 de 0 à 27% avec une moyenne à 24%. » ([2])

2. Evolution spontanée

Spontanément, deux types d'évolution peuvent se voir :

D'une part les anorexies spontanément curables. Elles sont généralement due à un facteur déclenchant identifié et se résolvent grâce à un autre événement intercurrent (une rencontre, un succès, ...). Ce sont des épisodes larvés à l'adolescence sur lesquels on n'a que peu de données. Le risque étant de les voir ré émerger plus tard, lors d'un mariage, d'une naissance.

D'autre part, l'évolution spontanée des anorexies vraies et ancrées apparaît défavorable si l'on en juge par les cas arrivés tardivement. Spontanément, l'anorexie a une tendance à un auto-renforcement avec chronicisation des symptômes : c'est l'installation dans la cachexie.

3. Qu'est-ce que la guérison ?

Pour Jeammet, une jeune anorexique peut être considérée comme « guérie » si « les modifications de la personnalité sont telles qu'un nouvel épisode anorexique paraît impossible et que de nouvelles conduites défensives, ou une nouvelle décompensation, ne pourraient se faire que selon d'autres modalités : dépression ou trouble du caractère. » ([16])

Il constate en effet de grandes différences selon les critères de guérison : elle concerne 50 à 60% des cas lorsqu'on prend comme unique critère la disparition de la triade symptomatique. Elle concerne 30 à 40% des cas si l'on prend en compte des critères de personnalité, d'amélioration de la qualité de vie affective et sociale. ([4 ; 16])

Il faudrait donc pouvoir arriver à une échelle standardisée du devenir de l'anorexie mentale dans laquelle il faudrait pouvoir inclure des critères beaucoup plus globaux et complet sur la personnalité de la patiente et sa qualité de vie.

Ainsi, pour lui, les critères de guérison pourraient être les suivants :

« La disparition complète de la triade symptomatique classique depuis plus de deux ans ;

Une autonomie d'avec la famille et l'acquisition de liens affectifs et professionnels stables et nouveaux ;

Une critique de la conduite anorectique, une perception plus juste de l'image du corps, l'abandon du désir insatiable de minceur, la reconnaissance des besoins et des sensations en provenance du corps ;

L'acquisition d'un insight, de la reconnaissance des conflits psychiques, de la possibilité de se remémorer le passé, d'exprimer la vie fantasmatique et d'établir des liens ;

Enfin, il serait intéressant de prendre en considération la capacité de se confronter sans déni, ni régression massive, aux situations oedipiennes et l'ouverture à la reconnaissance de l'autre, dans sa différence sexuée notamment. » ([38])

4. Evolution globale

Sur une étude à court et moyen terme en 1993, Steinhausen propose un modèle de quatre types d'évolutions possibles quant à l'anorexie :

Aiguë : courte durée de la maladie, quelques mois, puis rémission continue. (36%)

Simple chronique : Rémission après quelques années. (20%)

Chronique avec exacerbation : rechutes. (34%)

Chronique persistante : tableau constant. (10%)

Si l'on considère l'évolution « simple chronique » de Steinhausen comme bonne à long terme, les résultats observés par Vidailhet et Morali en 1996 retrouve des résultats comparables sur un suivi de 5,75 ans en moyenne (extrêmes de 4 à 8 ans) :

Bonne évolution : 55% ;

Evolution intermédiaire : 33% ;

Evolution peu favorable : 11%. ([3])

Dans leurs études respectives de 1993 et 1991, Rigaud et Jeammet obtiennent des résultats d'évolution moins favorables à long terme. Pour eux, le pronostic est globalement médiocre :

30 à 50% guérissent sans séquelles physiques et psychiques notables ;

10 à 20% restent maigres, et gardent une anorexie mentale compensée et une vie sociale difficile ;

10% ont toujours une anorexie, 5% ont acquis une « anorexie-boulimie » et 20% sont devenues boulimiques (à poids normal) ;

8% sont décédés » ([39], [41])

En 1991, Ratnasuriya publie une étude à long terme, après un suivi de 20 ans, sur une population dans laquelle l'âge moyen de début de la maladie est 18 ans.

Sachant qu'il n'utilise comme critères que le poids et les menstruations, ses résultats sont les suivants :

Bonne évolution : 30% ;

Evolution intermédiaire : 32,5% ;

Mauvaise évolution (comprenant les décès et les évolutions chroniques) : 37,5%. ([2])

En 1997, Strober est le 1^{er} à proposer une étude prospective « en temps réel ». « Les adolescents hospitalisés sont suivis et évalués tous les six mois pendant 5 ans, puis tous les ans sur une période de 10 à 15 ans depuis la fin de l'hospitalisation.

Parmi les guérisons partielles survenues au cours de ce délai, la médiane est de 57,4 mois, parmi les guérisons totales, elle est de 79,1 mois.

Strober (1997) :

Délai de suivi	Probabilité de guérison partielle	Probabilité de guérison totale
2 ans	10%	0%
3 ans	21%	1%
5 ans	54,8%	17,9%
7 ans	73,7%	58,9%
10 ans	84,3%	72,6%

Les auteurs constatent que durant les premières années si l'amélioration clinique existe la guérison (absence de DSM III) est rarement atteinte. Lors de la quatrième année après l'hospitalisation, un seuil est franchi et le taux de probabilité mensuelle de guérison accroît grandement. Après six ans cette croissance décélère, puis croît encore jusqu'à la huitième année, avant d'atteindre un plateau après dix ans. » ([2])

On peut constater que depuis les premières études, et en se concentrant sur un début à l'adolescence, on est passé de la règle des 1/3 (de bonne, moyenne, et mauvaise évolutions), à des résultats plutôt évalués aux alentours de 50% de bonne évolution, 30% d'évolution intermédiaire, et 20% d'évolution vers la chronicité, voire meilleurs quand la population est plus diversifiée. ([2])

Quelques domaines restent cependant encore obscurs et demandent à être approfondis :
Les études sur l'anorexie mentale masculine, pour laquelle on n'a que peu de données du fait des petits effectifs existants ;
Le devenir des patientes boulimique est peu connu ;
Enfin, le devenir à très long terme reste encore à étudier.

5. Chronicité et rechutes

Dans leur revue de la littérature, Papet et son équipe ([4]) observent des rechutes dans 50% des cas.

Pour la plupart des auteurs, le passage à la chronicité se situe au-delà de quatre ans d'évolution, période au bout de laquelle on observe par ailleurs une augmentation du taux de guérison, partielle et totale. Il y aurait donc une « date clef » autour de laquelle pourraient se diviser deux grands groupes de patients : d'une part ceux à forte probabilité de guérison, d'autre part, ceux qui vont plus probablement évoluer vers la chronicité.

Selon les études, on retrouve 15 à 20% des anorexiques qui évoluent vers la chronicité (au-delà de 4 ans d'évolution), sachant que des améliorations restent possibles, y compris très tardivement).

Jeammet (1991) retrouve 10 à 15% de passage à la chronicité qu'il définit par un poids inférieur à 15% du pds attendu, à une conduite restrictive et une aménorrhée après 4 ans d'évolution. ([2]).

La chronicisation de la maladie entraîne des conséquences diverses :

Conséquences physiques :

- *Oedèmes de carences ;
- *Troubles circulatoires ;
- *Altération des phanères ;
- *Altération du système digestif ;
- *Chute des dents ;

Conséquences psychiques :

- *Rigidité des attitudes avec appauvrissement de la vie relationnelle et affective, et un retentissement sur la vie professionnelle ;
- *Episodes dépressifs ;
- *Obsessions, plaintes hypochondriaques ;
- *Conduites addictives (alcoolisme) ;
- *Passage à l'acte auto ou hétéro agressif ;

Conséquences physiologiques :

- *Impossibilité ou difficultés de grossesse ;
- *Risque léthal tjrs présent. ([4]).

6. Mortalité

a. Les chiffres

D'après M.Corcus, D. Bochereau et P. Jeammet (monographie revue du praticien, 2000 ([1])), 7 à 10% des anorexiques auraient une évolution mortelle, toutes causes confondues.

« En 1991, Steinhausen note une diminution du taux de mortalité brute par rapport à la précédente revue de la littérature qu'il avait publiée en 1983 :

1991 : moyenne de 4,4% (de 0 à 18%)

1983 : moyenne de 10% » ([2])

« Patton en 1988 est le premier à ramener ce taux brut à un ratio standardisé de mortalité, tenant ainsi compte du taux attendu de mortalité pour une même classe d'âge. Le taux brut qu'il retrouvait était de 3,3%, ce qui comparé au taux de mortalité standardisé permet de constater une mortalité six fois plus importante chez les patientes anorexiques. (...) Crisp, en 1992, en utilisant un ratio standardisé de mortalité, peut conclure que, sur les cohortes de patientes anorexiques qu'il a retrouvées après 20 ans, le taux de mortalité est 1,36 et 4,71 fois plus important que dans la population générale de même âge et même localité géographique. La différence de population entre ces deux groupes se situe essentiellement sur l'âge de début de la maladie et la durée d'évolution (16,8 ans et 3,7 ans pour la première et 19,1 et 2 ans pour la seconde) et la géographie. Hors une longue durée de maladie a été décrite comme facteur de mauvais pronostic alors qu'un début précoce a été décrit comme facteur de bon pronostic. » ([2])

On observe ici également, que comme le taux brut, le taux de mortalité standardisé a diminué entre 1988 et 1992.

Crisp, en 1992, retrouve selon les études une mortalité à moyen terme (de 4 à 14 ans) de 0 à 6%.

Sur un suivi à plus long terme (20 à 35 ans), le taux brut est de 17 à 20%. ([2])

Selon des études menées entre 1975 et 1993, le taux moyen de mortalité avant 12 ans est de 5,51% (de 2 à 11%), celui de mortalité après 12 ans est de 8% (de 2 à 12%), ce qui nous donne un taux de mortalité totale moyenne de 13,75% (de 4 à 21%). ([2]) Cela confirme une mortalité un peu plus élevée lorsque la maladie se chronicise.

Certaines études, faites entre 1987 et 1993, avec un recul de 5,3 ans en moyenne (entre 3 et 6,6 ans), trouvent des taux de mortalité nulle. A noter un taux de perdus de vue moyen de 14,32% (entre 0 et 32,5%). ([2])

b. Les causes de décès

Elles sont de deux ordres :

Soit une cause directe de la dénutrition par : évolution cachectique, déshydratation, troubles hydro électrolytiques et notamment hypokaliémie avec risque d'arrêt cardiaque, insuffisance cardiaque ou rénale, complications infectieuses, pulmonaires ou septicémiques ([16])

Les complications gastriques, dues à un accès boulimique ou à une réalimentation orale trop brutale, sont plus rares (dilatation aiguë de l'estomac, rupture gastrique) (EVANS, 1968 ; SCOBIE, 1973 ; JENNINGS et KLIDJIAN, 1974 ; SOURS, 1980). ([16])

Les tentatives de suicide surviennent généralement après l'abandon de la conduite anorexique, lorsque surviennent des accès boulimiques. ([1])

Pour Sibertin-Blanc (1996), elles concernent 10 à 20% des patientes après 18 ans ([19]).

Concernant la mortalité par suicide, si Garfinkel (1977) note dans la revue de la littérature des chiffres allant de 5 à 25%, il retrouve dans son étude, comme dans les grandes séries un taux de 2%. ([2])

7. Les troubles du comportement alimentaire et évolution pondérale

a. Poursuite de conduites restrictives

Il s'agit des cas évoluant vers la chronicité dont nous avons parlé plus haut, et des patients gardant, de façon plus ou moins régulière, des habitudes restrictives.

D'après Jeammet, les troubles du comportement alimentaire (TCA) persistent dans plus de 50% des cas, même au-delà de cinq ans de recul, sans qu'ils aient une incidence sur le poids. Pour Crisp et son équipe (1980), la phobie du poids persiste dans 2/3 des cas. ([16])

Sibertin-Blanc (1996) note qu'au-delà de cinq ans de recul, on observe chez de nombreuses patientes une persistance des troubles du comportement alimentaire. [19] Et pour Rigaud et Jeammet, 10 à 20% restent maigres à moyen terme (au-delà de quatre ans d'évolution) et gardent une anorexie mentale compensée et une vie sociale difficile. ([39], [41])

Et après vingt ans d'évolution, Ratnasuryia (1991) note que parmi celles qui ont bien évolué, « 1/3 disent avoir une diète restrictive régulièrement et 1/3 disent manger irrégulièrement. » ([2])

b. Conduites boulimiques

Rigaud et Jeammet observent, dans leurs études respectives de 1993 et 1991, qu'au-delà de quatre ans d'évolution, 5% des anciennes patientes traitées pour anorexie ont acquis une « anorexie-boulimie », et 20% sont devenues boulimiques (à poids normal). ([39], [41])

Selon les études, la survenue des boulimies peut aller de 0 à 45%, avec des tableaux cliniques plus ou moins complets, le taux moyen de persistance des troubles alimentaires (anorexie, boulimies, et conduites atypiques) étant de 40%. ([2])

Il est à noter, au regard des différentes études, un facteur favorisant à l'évolution vers les conduites boulimiques :

*Smith et Jeammet (1992) observent que le diagnostic de boulimie est « plus fréquent si il existe des symptômes boulimiques au début du suivi que si il s'agit d'une conduite restrictive pure. » ([2])

*Selon Strober (1997), « les facteurs prédictifs de survenue des épisodes boulimiques seraient une attitude hostile de la patiente envers sa famille et un manque d'empathie des parents à l'égard de l'adolescent. » ([2])

*Steinhausen (1993) note que « la fréquence de la boulimie dans l'évolution est moins importante chez les plus jeunes. » ([2])

Enfin, selon Strober (1997), la survenue des épisodes boulimique se ferait entre 2 et 59 mois (médiane de 24 mois), et « aucun épisode de boulimie n'apparaîtrait après 5 ans. » ([2])

c. Evolution pondérale

Rigaud et Jeammet, dans leurs études respectives de 1993 et 1991, observent qu'au-delà de quatre ans d'évolution, 10 à 20% des anorexiques restent maigres. ([39 ; 41])

Garfinkel (1977) retrouve 7% d'obésité. Jeammet (1992), ne note aucune évolution vers l'obésité, et le poids moyen se trouve plutôt vers une limite inférieure de la normale. ([2])

8. Evolution psychologique

a. Comorbidité psychiatrique

Selon Jeammet, des symptômes psychiatriques autres que l'anorexie mentale se manifestent au cours de l'évolution dans près de 50% des cas (45% des patients dans son étude de 1991). ([2])

Pour DALLY & GOMEZ (1979), ces troubles atteignent très irrégulièrement les patientes selon l'âge de début de leur anorexie :

*25% des patientes âgées de 11 à 14 ans ;

*40% des patientes entre 14 et 18 ans ;

*50% après cet âge. ([16])

Les diagnostics les plus fréquemment retrouvés étant les syndromes dépressifs, les troubles anxieux et affectifs. ([2]).

Différentes études faites entre 1986 et 1997, sur un suivi de 5 à 15 ans, retrouvent des troubles anxieux dans 37,12% des cas en moyenne (de 18 à 61,5%), et des troubles affectifs dans 33,9% des cas (de 30 à 57,7%). ([2])

Selon les études, les taux de dépression varient de 20 à 40% (Herpertz-Dahlmann, 1993), et l'existence d'une dépression est associée à un mauvais pronostic. ([2])
« Smith (1993) retrouve chez 60% des patientes ayant encore un trouble alimentaire une symptomatologie anxieuse ou dépressive associée. Cependant, il ne retrouve pas de différence significative au niveau du poids, entre les sujets avec ou sans symptôme psychiatrique. » ([2])

Les autres troubles retrouvés sont :
Phobies diverses, obsessions ;
Préoccupations hypocondriaques ;
Accès de dépersonnalisation ;
Troubles du caractère ;
Conduites d'addiction (alcoolisme, toxicomanie) ;
Potomanie ;
Passage à l'acte délictueux (cleptomanie)

Il n'est pas rare, dans les formes qui se chronicisent, d'assister à une véritable psychotisation progressive du comportement.
Cet ensemble symptomatique contribue à situer l'anorexie mentale dans le cadre des pathologies dites « limites ». » ([19] ; [16])

b. Particularités du fonctionnement psychique

Différents auteurs (Jeammet, 1991 ; Bourke, 1992) ont montré une relation entre anorexie mentale et alexithymie, l'incapacité à lire ses émotions étant une caractéristique des personnes présentant des somatisations.
Ils ont par contre éliminé toute corrélation avec un état dépressif.
Ils ne trouvent pas non plus de différence significative par rapport à la durée d'évolution de l'anorexie. ([2])

Jeammet et son équipe (1991) remarquent une différence entre l'évaluation que la patiente fait de son état, et celle du clinicien. Il peut y avoir sur évaluation chez une personne ayant des défenses psychiques rigides, avec persistance du déni, ou bien sous évaluation de la part d'une personne dont l'assouplissement des défenses lui permet d'évoquer plus facilement ses souffrances. ([2])

9. Insertion socio-professionnelle et qualité de la vie privée

a. Insertion socio-professionnelle

Pour Hamley (1985), l'insertion professionnelle ou scolaire est bonne dans 60% des cas.

L'étude de Jeammet (1991), retrouve 74% d'insertion professionnelle satisfaisante. Il remarque cependant un décalage entre les performances scolaires souvent exceptionnelles de ces jeunes filles, qui laissaient supposer une réussite professionnelle supérieure.

b. Vie privée

Selon les différentes observations de Jeammet, la moitié des patientes ont un épanouissement personnel (familial, sexuel et relationnel) satisfaisant ([2]).

L'autre moitié présente donc des difficultés relationnelles, affectives et sexuelles avec une pauvreté des investissements, une vie étreinte et repliée sur elle-même. ([16])

Relations sexuelles :

Selon Hamley (1985), 42,8% présentent des difficultés dans les relations sexuelles. Pour Ratnasuryia (1991), la moitié d'une population âgée de 40 ans en moyenne a des relations sexuelles satisfaisantes, et 20% les évitent. ([2])

Maternité, fertilité, menstruations :

Peu d'études ont été réalisées sur le devenir des anciennes anorexiques en terme de maternité : elles nécessitent des suivis à long terme, pas toujours faciles.

Trois études ont cependant été faites entre 1991 et 1996 :

	Nombre patientes	1 ou plus grossesses	IVG	Recul (années)
Ratnasuryia 91	40	42,5%		20
Jeammet 91	107	35%	2%	11,7
Kreipe 96	35	14%	5%	5,4

Ratnasuryia (91) note que 85,3% des enfants ont été conçus à un poids avoisinant 85% du poids normal chez la mère et que trois grossesses (8,82%) ont débuté alors que les patientes étaient toujours en aménorrhée. ([2])

Kreipe (1996) ne note aucun cas d'infertilité, mais cette donnée n'étant toujours pas précisée dans les études, il est actuellement difficile de savoir si une durée plus ou moins longue de la maladie aurait un impact sur la fertilité de ces jeunes filles. ([2])

Selon différentes études faites entre 1985 et 1995, le retour à des cycles réguliers se ferait dans 62,1 à 94% des cas (moyenne 78,75%) dans un délai de 27 à 84 mois (moyenne 59,3 mois, soit 4,94 ans). ([2])

Relations familiales :

Ratnasuryia (1991) et Wetzer (1996) ont observé quelques caractéristiques des relations dans les familles d'anorexiques :

Forte dépendance à l'égard de la famille ;

Relation mère-fille préservée en opposition à un moins bon attachement entre le père et la fille et entre les deux parents ;

Moins bonne autonomie chez les patientes et chez les mères par rapport aux pères

Les résultats sont majorés si le trouble alimentaire n'est pas résolu et l'attachement à la mère moins bon dans les cas ayant mal évolué (de même dans que dans les cas ayant évolué vers la boulimie). ([2])

Pour North (1997), un meilleur fonctionnement familial lors de l'évaluation initiale permet une amélioration clinique plus rapide au cours de la première année, cet écart disparaissant la seconde année. ([2])

North (1997) et Gowers (1999) observent que les adolescents et leur famille n'ont pas la même appréciation du fonctionnement familial : les parents (les mères notamment) ont tendance à sous-estimer la détérioration des relations familiales. D'après ces cliniciens, les adolescents en auraient une vision plus adéquate. ([2])

Les auteurs ne remarquent pas de corrélation entre la sévérité de l'anorexie et la dynamique familiale. ([2])

Selon Jeammet, ce qui caractérise la pathologie, c'est cet écart visible entre l'apparence donnée par l'ancienne anorexique et la réalité de sa vie intime. De même la différence entre une apparente bonne insertion professionnelle et l'ampleur des difficultés de sa vie intime. Comme entre le bon résultat pondéral et la persistance de difficultés alimentaires ou psychiatriques. ([16])

V. LA PRISE EN CHARGE

1. Créer une équipe

L'équipe américaine d'Ellen Rome, défend la thèse selon laquelle il faut créer une équipe de soins autour de la patiente anorexique. ([14])

Un médecin, souvent le médecin traitant, sera le pivot autour duquel graviteront les autres thérapeutes. Il verra la patiente une ou deux fois par semaine, selon son état et son évolution.

Il sera le « médecin référent », à la fois pour la patiente et sa famille, mais aussi pour tous les autres thérapeutes à qui d'une part il pourra demander leur avis sur un point particulier, et d'autre part, ceux-ci lui enverront un compte rendu de chacune de leur consultation avec la patiente. Il faudra par ailleurs organiser régulièrement des réunions afin d'échanger les avis de chacun et adapter le traitement au fur et à mesure de l'évolution de la jeune fille.

Il pourra également être là pour expliquer à la jeune fille le rôle de chacun des nutriments lui permettant d'obtenir le rétablissement des menstruations, une densité osseuse optimale, bref un fonctionnement physiologique normal. Et surtout de faire le point les effets néfastes d'une sous-alimentation sur chacun des organes et leur fonctionnement.

Le médecin traitant est en effet la première source d'information pour toute la famille.

Il pourra recommander, lors de la renutrition, tous les compléments vitaminiques nécessaires (Calcium, zinc, fer, folates...). De même pour certains traitements pouvant aider au confort de la patiente lors de la reprise d'une alimentation normale (cisapride (prepulsid*), métoclopramide (primpéran*), IPP en cas de reflux...).

C'est lui qui va établir le contrat avec la patiente, après en avoir établi les grandes lignes avec les autres membres de l'équipe.

Il va de soi que chacun des praticiens de l'équipe se devra d'être un professionnel de l'enfance et de l'adolescence.

Autour du médecin référent, l'équipe pourra se composer des praticiens suivants :

Le diététicien :

Son rôle sera multiple. Pouvoir donner un régime alimentaire équilibré à la patiente, d'abord pour retrouver un équilibre, puis reprendre progressivement du poids de façon équilibrée. Lui apprendre les notions élémentaires d'une alimentation équilibrée, ainsi qu'à sa famille. Enfin, savoir être suffisamment souple pour s'adapter à chaque cas.

Le psychiatre :

Après avoir cerné la personnalité de l'adolescente, le contexte familial, et les mécanismes ayant abouti à cette pathologie, il devra en avvertir le médecin référent et le diététicien afin d'adopter des stratégies thérapeutiques adaptées.

Il sera là également lors de l'établissement du diagnostic, pour rechercher un diagnostic différentiel d'origine psychiatrique, ou un trouble associé facteur d'un pronostic péjoratif, et prescrire une chimiothérapie adjuvante en cas de besoin.

Pour Dupuis et Venisse aussi, l'alliance thérapeutique bifocale (médico-psychologique) est indispensable. Le médecin de première ligne sera un médecin généraliste ou un interniste autour duquel graviteront diététicien, psychologue ou psychiatre. La personne référente permet la cohérence du système. ([20])

2. Les critères d'hospitalisation

Dans le cadre d'une anorexie mentale, plusieurs causes peuvent motiver une hospitalisation :

En cas d'urgence vitale ;

A visée diagnostique (élimination d'un diagnostic différentiel) et bilan de l'état nutritionnel ;

Pour prise en charge globale et mise en route du traitement ;

En cas d'échec d'un traitement ambulatoire.

Dans les trois derniers cas de figure, l'hospitalisation peut être programmée, et surtout préparée.

a. Les critères cliniques

Nous parlerons ici des critères nécessitant une hospitalisation urgente.

Selon de Tournemire et Alvin, les critères somatiques d'hospitalisation en urgence sont les suivants ([7]) :

Critères anamnestiques :

Rapidité de la perte pondérale (>5 kilos par mois) ;

Lipothymie ou malaise d'allure orthostatique ;

Epuisement physique évoqué par la patiente ;

Ralentissement idéique ou verbal.

Signes évoquant une dénutrition majeure :

IMC < 13 kg/m² ;

Bradycardie extrême (<40 bpm) ;

Pression systolique basse (<80 mm Hg) ;

Hypothermie (<35,5°C).

Signes évoquant une aphagie totale :
Données de l'interrogatoire de l'entourage proche ;
Odeur acétonique de l'haleine, acétonurie.

Signes évoquant d'emblée des complications :
Syndrome occlusif ;
Etat confusionnel ;
Tachycardie, décalage thermique.

« La présence d'un seul de ces signes ne motive pas nécessairement l'hospitalisation et doit amener à une réflexion sur son origine : c'est la combinaison des signes, dans un tableau général et évolutif donné, qui doit guider la décision. » ([7])

Cependant, certains signes évoquent une gravité immédiate :
Epuisement musculaire (ex : difficulté à se relever d'une position accroupie) ;
Ralentissement psychomoteur (débit verbal diminué, déshabillage lent...) ;
Bradycardie extrême, tachycardie ;
Hypotension artérielle avec malaises orthostatiques ;
Hypothermie et incapacité à se réchauffer en sortant de la douche ;
Purpura vasculaire, escarres, oedèmes ;
Association avec vomissements provoqués ou polydipsie.

Malheureusement, ces signes sont tardifs et exposent à une mortalité lourde ($\geq 20\%$). » ([39])

b. Les critères biologiques

Pour De Tournemire et Alvin ([7]), certains critères biologiques révéleraient des comportements facteurs de pronostic péjoratif :

Une hypoglycémie en cas d'aphagie ;
Une hypokaliémie en cas de vomissements ;
Une hyponatrémie en cas de potomanie.

D'autres critères signeraient une urgence vitale :

Une urée $> 15\text{mM}$, et une créatininémie $> 100\mu\text{M}$ en cas de déshydratation extracellulaire ;
Une pancytopenie (hypoplasie médullaire) ou une cytolyse hépatique évoquant une souffrance multiviscérale.

Vidailhet et son équipe (1997) ajoutent à ces critères une hypophosphorémie d'emblée qui en outre peut s'aggraver lors de la renutrition ; et précisent la valeur de l'hypokaliémie comme dangereuse si elle est inférieure à $3,5\text{ mEq/l}$, et associée à des troubles sur l'électrocardiogramme (allongement de QT). ([12])

c. Les critères psychologiques

Parfois, l'état clinique de la jeune fille ne nécessite pas une prise en charge somatique immédiate, mais certains facteurs indiquant une pérennisation de la pathologie imposent d'intervenir activement. La durée de la maladie étant un facteur de mauvais pronostic.

Ainsi, en cas d'échec du traitement ambulatoire, si son poids reste stable, voire diminue progressivement depuis plusieurs semaines, ou plusieurs mois. Si son discours n'évolue pas et reste dans le déni. L'hospitalisation peut alors être un élément déclencheur chez la jeune fille en lui faisant prendre conscience de la sévérité de son état. ([14]) Cela peut aussi lui permettre de s'ouvrir à une prise en charge psychothérapeutique.

L'objectif doit être clairement défini après explications détaillées avec la malade, afin d'être bien compris et accepté. C'est l'une des conditions de la réussite de l'hospitalisation.

Egalement :

En cas de déni massif de la maladie. ;

En cas de contexte familial difficile, d'attachement trop important avec la famille, ne permettant pas la prise d'autonomie nécessaire à la jeune fille pour pouvoir avancer sur son propre chemin. Le « cadre » hospitalier permet souvent un apaisement des tensions, un premier pas vers l'autonomie.

d. Au total, deux modes d'hospitalisation

L'hospitalisation dans le cadre d'une anorexie mentale peut être abordée sous deux grands aspects :

L'hospitalisation d'urgence, non programmée, non préparée, où seul intervient l'état physique de la patiente qu'il faut avant tout mettre « hors de danger ».

L'hospitalisation programmée, pour quelque motif que ce soit (diagnostic, traitement, prise de conscience).

Pour De Tournemire et Alvin, il est important de préciser aux parents qu'une hospitalisation en urgence pour « réanimation nutritionnelle », ne peut en aucun cas être considéré comme un « traitement » de l'anorexie. Les conditions d'hospitalisation sont alors différentes : pas de contrat, pas de séparation avec la famille. Le traitement de la pathologie sera à envisager lorsque la patiente aura atteint un « poids de sécurité ». ([7])

Dans tous les cas d'hospitalisation programmée, celle-ci doit être soigneusement préparée, les tenants et les aboutissants bien expliqués à la patiente et sa famille, et toutes les parties doivent être d'accord sur les modalités et les buts de cette hospitalisation. Dans ce cadre, il est bon de faire un contrat dont nous définiront plus loin les termes possibles et les buts.

3. Examen clinique et interrogatoire à l'entrée

a. Les buts

Avant d'entreprendre toute prise en charge thérapeutique, il faut :
Etablir le diagnostic avec certitude (éliminer un diagnostic différentiel) ;
Evaluer l'état nutritionnel ;
Rechercher des signes de gravité ;
Rechercher des conduites à risque de complications (vomissements provoqués, potomanie, prise de laxatifs ou de diurétiques ;
Recherche de facteurs psychologiques : anxiété majeure, dépression.

b. Examen clinique et interrogatoire au CHU de Nantes

Examen clinique complet.
Etablissement de l'indice de masse corporelle.
Cotation du stade pubertaire (Tanner).

c. Revue de la littérature

« Il est essentiel de déterminer si la patiente est simplement amaigrie ou déjà dénutrie. La dénutrition se définit comme un retentissement objectivable des différentes carences en macro et micronutriments sur certaines fonctions mentales et physiques de l'organisme. La limite est donc imprécise biologiquement, et parfois difficile à évaluer cliniquement. ([39])

Les marqueurs nutritionnels sanguins (protéines de synthèse hépatique) font souvent défaut. De même les taux plasmatiques des autres paramètres sanguins ne commencent à diminuer qu'au-delà d'une perte de poids de plus de 40%. C'est malheureusement à ce stade que la mortalité commence à être lourde : elle est de 15 à 30% quand la perte de poids avoisine 50% ([32]). Il faut donc trouver des marqueurs à la fois plus fiables et plus précoces.

Ce sont donc les critères cliniques qui nous donneront l'idée la plus fiable de l'état nutritionnel.

On parle de dénutrition chronique quand elle évolue depuis plus de trois mois.

On peut déterminer le poids idéal (PI) (poids théorique attendu pour la taille). La mesure du poids actuel (P) permet de calculer le rapport P/PI exprimé en pourcentage. « Un rapport inférieur à 80% est considéré comme témoignant d'une dénutrition importante, un rapport inférieur à 70% d'une dénutrition sévère. » (Gibbson, 1990) ([12])

Plus fréquemment, on utilise l'indice de masse corporelle :
Inférieur à 15, il témoigne d'une dénutrition franche ;
Inférieur à 13 (ou 13,5 selon les auteurs), il y a obligation de traitement en urgence (Tiller, 1993 ; Vidailhet, 1997) ;
Inférieur à 12, il met rapidement en jeu le pronostic vital. ([12])

Pour déterminer avec plus de précision l'état nutritionnel (état des réserves énergétiques), les marqueurs nutritionnels classiquement utilisés sont les suivants :
Pour l'évaluation de la masse grasse, on mesure les plis cutanés (bicipital, tricipital, supra-iliaque, sous-scapulaire). La mesure du périmètre brachial permet d'évaluer la circonférence musculaire brachiale. ([12])
L'évaluation de la masse maigre se fait par calcul de la différence entre le poids total et l'évaluation de la masse grasse. Si besoin (protocoles d'études), elle peut être évaluée par l'étude de l'élimination urinaire sur 24 heures de la créatinine et de la 3 méthylhistidine. ([12])

On peut également mesurer :
La dépense énergétique de repos. Sa baisse est corrélée à la perte de masse maigre (qui est la principale masse dépensant de l'énergie). Son augmentation en cours de renutrition pourrait refléter la reconstruction des stocks de masse maigre. ([32])
La tolérance musculaire à l'effort.

En dehors de l'évaluation de l'état nutritionnel, l'examen clinique sera utile pour la recherche d'un éventuel diagnostic différentiel, de complications (examen neurologique), ou de comportements à risque (vomissements).

L'interrogatoire recherchera, en dehors de l'histoire de la maladie, le contexte familial, des signes de dépression ou d'anxiété majeure (le contexte psychologique).

4. Bilan biologique et paraclinique à l'entrée

a. Au CHU de Nantes

Bilan biologique :
Numération Formule Sanguine ;
CRP ou vitesse de sédimentation ;
Ionogramme, calcémie et phosphorémie ;
Transaminases (ASAT, ALAT) ;
IGF1 ;
TSH, T4 ;
Anticorps anti gliadines et antiendomysium

En cas de dénutrition sévère (Indice de Masse Corporelle < 14), on prévoit à J2 et J8 : ionogramme, calcémie et phosphorémie.

Bilan paraclinique :
Âge osseux ;
Radiographie pulmonaire ;
IRM cérébrale ;
Echographie pelvienne ;
Electrocardiogramme ;
Evaluation de la densité osseuse (à discuter).

b. Revue de la littérature

Selon Goulet (1993), pour l'évaluation de l'état nutritionnel, le dosage des protides plasmatiques totaux ne présente pas d'intérêt. Par contre, certaines protéines plasmatiques sont des marqueurs pertinents. En fonction de leur demi-vie, leur spécificité sera variable :
« La préalbumine éventuellement couplée à la Retinol Binding Protein (RBP) est un index sensible et précoce de la dénutrition et un marqueur de l'efficacité de la renutrition. » Elle évalue l'état nutritionnel à court terme et la surveillance de la renutrition à 3-7 jours.
L'albumine apprécie l'état nutritionnel à plus de deux semaines.
L'IGF1, diminué au cours de la malnutrition, revient à la normale après quelques jours de renutrition efficace. ([12])

Pour De Tournemire et Alvin, il faudrait réaliser chez tous les patients :
« Ionogramme sanguin et réserve alcaline ;
Urée et créatinine plasmatiques ;
Phosphatémie ;
Glycémie ;
Vitesse de sédimentation, CRP ;
Electrocardiogramme, échocardiogramme ;
Bandelette urinaire type multistix. »

En cas de dénutrition sévère (Indice de Masse Corporelle < 13) :
« Numération Formule Sanguine, numération plaquettaire ;
Transaminases (ASAT, ALAT) ;
TP ;
CPK (recherche d'une souffrance multiviscérale). »

Au cours d'une nutrition entérale, répéter les examens suivants :
« Ionogramme sanguin, phosphatémie, magnésémie ;
Bandelette urinaire type multistix ;
Examens initialement perturbés. » ([7])

Ainsi, en dehors de l'état nutritionnel, les complications majeures sont recherchées :
Les complications cardiaques (électrocardiogramme, recherche d'une hypokaliémie, échocardiographie) ;
Recherche d'une insuffisance rénale fonctionnelle par l'appréciation de l'état d'hydratation (urée, créatinine, protidémie, hématicrite, ionogramme urinaire et natrémie) ;
Recherche d'une polydipsie (l'hyponatrémie révèle une intoxication par l'eau) ;
En cas de vomissements répétés, on peut retrouver une hypokaliémie avec alcalose métabolique ;
La recherche d'un syndrome inflammatoire (vitesse de sédimentation, CRP) permet d'éliminer une maladie inflammatoire (Crohn) ;
Une pancytopénie, en cas de profonde dénutrition, témoigne d'une hypoplasie médullaire, réversible ;
Un bilan hépatique et musculaire peut également montrer des signes de souffrance multiviscérale.

Enfin, pour Rigaud et Apfelbaum, il est prudent d'effectuer, en cas de troubles digestifs patents, une exploration digestive appropriée. ([39])

5. La surveillance somatique

a. Au CHU de Nantes

Elle est bien entendue adaptée à l'état clinique de la patiente.

Selon les termes du contrat, la pesée a lieu deux fois par semaine. En cas de nutrition par sonde naso-gastrique, elle est faite quotidiennement.

Pour les dénutritions sévères (indice de masse corporelle < 14), ionogramme, calcémie et phosphorémie sont refaits à J2 et J8.
En cas de nutrition par sonde naso-gastrique, on ajoute une surveillance par scope pendant la nuit.

b. Revue de la littérature

Pour De Tournemire et Alvin, la surveillance clinique doit être quotidienne, avec :

Pesée tous les matins ;
Tension artérielle et fréquence cardiaque ;
Eventuellement un monitoring cardiaque les premiers jours pour apprécier l'importance de la bradycardie, notamment au cours du sommeil nocturne ;
Température corporelle ;

Mesure de la diurèse quotidienne, afin de mesurer les quantités ingérées et de vérifier l'absence d'acétonurie. ([7])

La surveillance paraclinique se fait essentiellement sur deux points :

Le bilan électrolytique, si il est normal au début, n'est généralement pas répété, mais il faut se méfier d'une hypophosphatémie qui pourrait se démasquer au cours de la renutrition (entrée intracellulaire de phosphates et de glucose sous l'impulsion de l'insuline). Il est souvent recommandé une supplémentation d'emblée par Phosphoneuros* en surveillant la phosphatémie.

Surveillance par échographie cardiaque en cas d'épanchement initial important. A terme avec la reprise de poids, cet épanchement est toujours réversible. ([7])

6. Les modes de réalimentation et leurs risques

« La renutrition n'est dans l'anorexie mentale qu'un chaînon, mais *l'indispensable chaînon*. » ([32])

a. La nutrition orale

Tous les auteurs s'accordent à dire qu'elle est à privilégier.

Il est essentiel d'avoir la collaboration du patient. Il s'agit alors de restaurer progressivement une alimentation normale, de changer petit à petit ses habitudes alimentaires, afin de retrouver un poids normal.

Ce projet s'inscrit dans le contrat de poids : en cas de perte ou de maintien du poids, il faudra envisager une alimentation entérale par sonde naso-gastrique.

Cette reprise de l'alimentation doit se faire progressivement : le corps, dénutri et habitué à des petites quantités de nourriture depuis plusieurs mois doit s'adapter petit à petit. Pour Chouraqui, la réalimentation « proposera au début 1000 à 2000 calories avec augmentation jusqu'à 2500 à 3200 calories. » ([12])

Pour Rigaud, Melchior et Apfelbaum, « une prise de poids de 125 grammes par jour sur une période de 10 à 15 jours est une bonne « base d'intervention ». » ([32])

Ensuite, la façon de gérer cette reprise de l'alimentation diffère selon les auteurs : Pour Godart et Jeammet, les repas sont pris en commun, servis dans des plats communs dans lesquels le patient se sert lui-même. Après une phase d'observation, ils pourront être en partie adaptés. Ils sont suivis de repos en chambre de temps variable, et en cas de vomissements post-prandiaux, les chambres et les toilettes sont fermées à clef pendant 2 heures. ([42])

Bien souvent, les patients ont les « plateaux repas » assortis de collations.

Pour Rigaud et Apfelbaum, quelques éléments sont à prendre en considération lors de la réalimentation : « les apports sodés doivent être limités (<2g/j) en cas de grande dénutrition (indice de masse corporelle ≤ 14), ou lorsque la prise de poids est supérieure à 400-500g/j sur trois jours ».

Une supplémentation en oligo-éléments, notamment zinc ([39]), phosphore ([42]) semble souhaitable.

Dans certains cas, la reprise de l'alimentation peut provoquer des inconvénients : douleurs abdominales, ballonnements, diarrhée motrice transitoire

b. La sonde naso gastrique

Son utilisation est discutée par les différents auteurs :

Pour Jeammet, elle doit si possible être évitée car entraîne la passivité de la patiente.

Pour Vidailhet ([3]) et Rigaud ([15]), elle permet un raccourcissement des durées d'hospitalisation par une alimentation équilibrée et continue, une prise de poids plus rapide et plus harmonieuse.

De plus :

Elle évite la rétention d'eau qui survient en cas d'excès énergétique.

Elle représente un obstacle physique et un frein métabolique (en offrant une alimentation continue) contre les crises de boulimie ou les vomissements. ([15])

Elle permet de rompre le cercle vicieux « anorexie-cachexie » représenté par l'auto-entretien de la maladie par la conduite anorexique elle-même. ([3])

L'intérêt d'apporter plus de calories à la remise en route de la renutrition est étayé par la thèse que les besoins énergétiques de la jeune anorexique, si ils sont diminués en période de jeûne et d'amaigrissement majeur, augmentent de façon importante lors de la reprise de poids. Cet outil qu'est la sonde facilitera et accélérera la reprise pondérale.

Il faut bien souligner que ce type d'alimentation, ne vise pas à substituer l'alimentation orale, mais à assurer le rattrapage pondéral. ([3])

La technique en soi ne nécessite qu'une formation minimale du personnel infirmier. Seule est indispensable la non opposition de la patiente. Elle n'expose à aucun risque d'infection, n'entraîne pratiquement aucune complication métabolique ou hépatobiliaire.

Rapidement cette alimentation entérale pourra n'être administrée que la nuit, autorisant ainsi dans la journée une reprise progressive de l'alimentation *per os* et une activité normale. Elle sera ensuite diminuée au fur et à mesure que la prise orale augmente.

Beaucoup pensent par ailleurs que l'éventualité d'un recours à la nutrition entérale continue doit être envisagée dans le contrat initial précédant l'hospitalisation (Vidailhet *et al*, 1996). ([12])

En aucun cas elle ne doit être présentée comme une punition.

Certains risques sont à prendre en compte lors de la renutrition, et notamment en cas de renutrition trop « agressive » avec prise de poids rapide. Il s'agit du « syndrome de renutrition inapproprié » ou « refeeding syndrome ». Il associe une insuffisance cardiaque et des troubles de la conscience. Les anomalies hydroélectrolytiques (hypophosphatémie, hypomagnésémie, hypokaliémie) et une expansion trop rapide du secteur extra-cellulaire (apports hydro-sodés et glucosés), en sont les principaux facteurs physiopathologiques. » ([7])

On a décrit des modifications du volume du cœur après la renutrition, avec augmentation du volume des ventricules. ([16])

c. La nutrition parentérale

Il s'agit d'une nutrition parentérale par cathéter veineux central.

En raison des nombreux risques auxquels elle expose la patiente, ce mode de nutrition doit rester exceptionnel.

Elle doit se limiter à des durées brèves et dans des situations mettant en jeu le pronostic vital à court terme.

Pour Rigaud et Apfelbaum, « elle se justifie en cas de vomissements incoercibles, pluriquotidiens, menaçant l'équilibre hydro-électrolytique, et résistant à un traitement anti-émétique. » ([39])

Elle ne peut alors être envisagée qu'en milieu de soins intensifs ou de soins protégés, au sein d'une équipe rodée à sa pratique. ([12])

Ses risques sont majeurs :

Infections ;

Complications thrombo-emboliques ;

Décès brutal : Pour Wolf (1973), les anorexiques présentent une « surprenante adaptation de leurs déséquilibres hydro électrolytiques, du fait probablement de particularités dans la répartition ionique intra et extra cellulaire (...) Le danger d'une réalimentation trop brutale et les difficultés pour équilibrer les apports par voie parentérale qui peuvent être la cause d'une mort brutale, notamment par trouble de la conduction intra-cardiaque, alors que la reprise pondérale semblait mettre la patiente hors de danger. La réalimentation parentérale vient massivement rompre l'équilibre délicat et mal connu des échanges hydro-électrolytiques intra et extra-cellulaires créés par les mois ou les années de jeûne. Cette méthode est à éviter au maximum, et si elle paraît inévitable, nécessite le passage par des services spécialisés dans la réanimation des dénutris » ([16])

7. L'isolement

Cet aspect de la prise en charge n'est pas né de la psychiatrie moderne. Dès le XIX^e siècle, Charcot et Lasègue défendent déjà la nécessité de la séparation d'avec la famille (« le plus mauvais des gardiens possibles ») et le préconisaient comme « le meilleur traitement symptomatique de l'anorexie mentale. » ([16])

Il s'agit d'une séparation d'avec le milieu de vie habituel, la famille et les amis.

a. Intérêts

Il y a deux objectifs :

Le premier est de rompre le cercle vicieux de la dépendance entre conduite anorectique et dénutrition par la reprise de poids.

Le second vise à « rompre la tyrannie des interrelations entre la patiente et sa famille » qui contribuent à la pérennisation des symptômes. ([19]) Il permet alors la « prise d'autonomie psychique et concrète du patient. » ([20])

b. Ses modes d'application

Selon ses modes d'application, cela peut aller d'un isolement total à un isolement partiel et de durée brève.

Ses modalités sont précisées dans le contrat qui est établi lors de l'hospitalisation.

Il ne doit en aucun cas être présenté comme une punition, aussi bien pour la patiente que pour sa famille. Il s'agit de faire bien comprendre aux parents qu'on ne les écarte pas parce qu'ils sont responsables de la maladie de leur enfant, mais au contraire les impliquer dans la thérapie. D'abord par une explication de la pathologie, des buts et des modalités de la prise en charge. Ensuite par des rencontres régulières avec l'équipe médicale qui fera le point sur l'évolution de leur enfant et sera là pour répondre à leurs interrogations, les rassurer. Selon les établissements, pourront leur être proposés des réunions de parents d'anorexiques leur permettant d'échanger leurs expériences de parents, parfois de dédramatiser, voire déculpabiliser sur l'origine de la maladie de leur enfant. ([3])

Cette période de séparation est là aussi pour leur permettre de souffler un peu, d'apaiser les tensions, les conflits qu'ont pu créer l'attitude tyrannique de leur enfant dans les relations familiales.

Leur permettre aussi de se recentrer sur eux-mêmes, sur leur couple, aspects mis à l'écart depuis le début de la maladie.

Pour la patiente, l'isolement est un moyen de commencer le processus d'autonomisation nécessaire à son évolution. L'hôpital est un milieu intermédiaire entre la famille et le « monde extérieur ». Elle doit apprendre à recréer des liens différents de la fusion familiale dans laquelle il vit et portant sur autre chose que la nourriture. ([42])

Cette séparation, pour être positive ne doit être ni trop courte, ni trop longue. Sa durée doit donc être adaptée au cas par cas.

Selon les termes du contrat, le plus classiquement, l'isolement sera levé progressivement par palier de poids obtenu : permission de recevoir du courrier, des appels téléphoniques, de revoir périodiquement sa famille, ses amis, jusqu'à la levée totale de l'isolement et pour arriver à un mode d'hospitalisation « normal ».

Pour l'équipe de Jeammet et Godart, cette levée progressive de l'isolement se fait en fonction de l'évolution clinique, et sans que des poids précis y soient assignés. « Le rythme de reprise de contact avec l'extérieur est progressif : en famille, le sujet passe progressivement des demi-journées sans repas, une journée, puis des week-ends. Les visites et la reprise de la scolarité vont crescendo en fonction de l'évolution clinique » ([42])

Il faut noter que la séparation est peu voire pas employée à l'étranger, alors qu'elle l'est très souvent en France : 52,5% des services français séparent toujours ou le plus souvent. Toutefois, si cette stratégie semble présenter des intérêts pour la patiente et sa famille, elle n'a jamais été évaluée. ([42])

c. L'isolement au CHU de Nantes

Il n'est pas total et ce, dès le début de l'hospitalisation.

L'hospitalisation est séparée en deux parties et le passage de l'une à l'autre est déterminé par l'obtention d'un poids, défini lors de l'établissement du contrat.

Lors de la première partie, la patiente ne peut recevoir ni courrier ni appel téléphonique, mais recevra la visite de ses parents une fois deux heures par semaine, en dehors des repas.

Lors de la seconde partie, elle pourra recevoir du courrier, deux appels téléphoniques par semaine, et deux visites par semaine de sa famille.

8. Psychothérapie

Il s'agit d'un aspect essentiel de la prise en charge de l'anorexie mentale.

On a en effet montré que la seule prise en charge nutritionnelle, sans prise en compte de la dimension psychique de la patiente était vouée à l'échec, l'anorexie mentale étant une pathologie psychiatrique à fort retentissement somatique. Vidailhet précise bien que « l'essentiel du traitement pour l'avenir, à moyen et surtout à long terme, reste psychothérapique ». ([3])

Toutefois, si c'est un aspect indispensable, il ne peut pas toujours être abordé d'emblée dans la prise en charge. Deux raisons à ceci :
Tant que la jeune fille est dans le déni de sa maladie, elle ne peut accepter une aide dont elle n'a, selon elle, pas besoin.

En deçà d'un certain poids, ses facultés intellectuelles et d'intégration sont altérées. Elle ne pourrait donc travailler sur elle-même de façon « objective » et efficace avant d'avoir retrouvé un certain équilibre physiologique. ([16])

Mais là encore, les avis sont partagés : pour Vidailhet, « la prise en charge psychiatrique est assurée d'emblée, même quand l'état de dénutrition extrême a imposé un séjour initial en réanimation. » ([3]) Il s'agit en fait pour lui d'établir un premier lien, une « alliance thérapeutique » avec la patiente, une psychothérapie de soutien. Ce n'est que plus tard, et très progressivement que s'amorcera une relation psychothérapeutique qui sera poursuivie après l'hospitalisation.

Le soutien psychologique peut également être proposé aux parents.
Dans le service de Jeammet, les parents sont pris en charge au cours de l'hospitalisation de leur enfant. Ils sont reçus régulièrement. Si besoin, un suivi personnel ou un soutien est proposé. Ils assistent à des réunions bimensuelles de parents, lieu d'échanges entre parents d'anorexiques. Le but est de déculpabiliser les parents et les aider revient à préparer les retrouvailles avec leur enfant, donc l'aider lui-même indirectement. Une thérapie familiale peut également être proposée le cas échéant. ([42])

9. Chimiothérapie

a. Les psychotropes

La place des psychotropes dans les troubles des conduites alimentaires est variable selon les auteurs.

Pour Dupuis et Venisse (1999), les psychotropes sont sans efficacité directe sur les troubles des conduites alimentaires. Ils sont utilisés en appoint : « anxiolytiques et neuroleptiques sédatifs à doses filées en cas de débordements anxieux dans l'anorexie mais mal tolérés en raison du faible poids, antidépresseurs sérotoninergiques (type paroxétine (Deroxat*)) en cas de boulimie avec dépression sévère mais nombreux effets secondaires (digestifs). » ([20])

Vidailhet et son équipe, lors de leur étude (1996) les ont employés dans 44% des cas. Il s'agissait essentiellement d'anti-dépresseurs et d'anxiolytiques. ([3])

Ce sont donc des traitements à utiliser en cas de besoin, pour passer un cap difficile dans l'évolution de la patiente, mais n'ayant pas une fin en soi dans le traitement de la pathologie elle-même.

b. Les suppléments

Comme on l'a vu les suppléments vitaminiques ne paraissent pas justifiés. ([34])

De même, le traitement hormonal substitutif n'a aucun intérêt dans la prévention de l'ostéoporose. Il masquerait même le retour des règles, élément important dans le processus de guérison. Pour Jeammet, il pourrait être une aide psychologique. ([16])

Par contre, l'apport supplémentaire de phosphore, qu'il y ait ou non une hypophosphorémie initiale, semble indispensable.

10. Les buts du traitement

Les objectifs du traitement d'une anorexie mentale sont multiples : ils doivent allier la « prise en charge des troubles de la personnalité et des dysfonctionnements familiaux et environnementaux à la prise en compte du symptôme majeur, qui est la dénutrition liée à une alimentation anormale. » ([12])

Pour un traitement efficace à long terme, il ne suffit pas de rétablir un poids normal. Tout comme une prise en charge uniquement psychologique serait inefficace. Cela souligne l'importance d'une prise en charge multidisciplinaire ainsi que la collaboration et la communication entre les équipes somatiques et psychiatriques. (Vidailhet *et al.*, 1996 ; Anchisi, 1997). ([12])

Les objectifs nutritionnels sont les suivants :

Atteindre et conserver un poids normal (indice de masse corporelle = 18 à 25) pour l'âge et la taille.

Atteindre une composition corporelle équilibrée, entre l'amas maigre et la masse grasse. Atteindre progressivement et conserver des apports nutritionnels équilibrés et en rapport avec le poids, l'âge et l'activité de la patiente. C'est-à-dire couvrir d'une part sa dépense énergétique de repos (DER), et d'autre part les dépenses liées à son activité physique.

Objectifs nutritionnels et objectifs comportementaux sont étroitement liés. Il faut également apprendre à la patiente à retrouver le plaisir de partager ses repas, avoir un comportement alimentaire harmonieux, sans angoisse de grossir ni peur du regard de l'autre.

X. LE CONTRAT

« Le contrat est l'instrument privilégié et indispensable de l'hospitalisation. » ([16])

1. Présentation

Il s'agit d'un contrat qui est établi par l'équipe médicale d'une part, le patient et ses parents d'autre part. Il est le fruit d'une négociation, d'une discussion entre les différentes parties.

Ce contrat est fait avant l'hospitalisation de la patiente, dans la mesure où celle-ci peut être programmée et préparée. Il est bien évident qu'il ne fait pas partie de l'hospitalisation en urgence dans le cadre d'un danger vital. Cependant il peut, même dans ces circonstances, intervenir plus tard au cours de l'hospitalisation, quand tout danger immédiat est écarté et que l'on peut envisager la prise en charge de façon plus sereine.

Il définit le poids de sortie, les objectifs de l'hospitalisation et ses modalités. La patiente et sa famille doivent bien en comprendre le sens et toutes ses implications. Une fois signé, il doit rester intangible et respecté par toutes les parties. Il témoigne par sa permanence de la fiabilité des soignants. Il donne un cadre sur lequel la patiente pourra se reposer, de même que l'équipe soignante. Ainsi, en cas de conflit, de « crise », il peut être le médiateur qui fixe les limites, et diminuer les risques de manipulation de la part de la jeune anorexique.

Pour Philippe Jeammet, « c'est le seul moyen de permettre aux patientes d'intégrer leur agressivité et de tester la fiabilité des soignants. » ([16]) C'est également un moyen de faire participer activement la patiente à son propre traitement, de l'impliquer dans le processus de sa guérison.

Le moment de la négociation du contrat est très important à plusieurs niveaux :

Le rôle clé de l'équipe médicale va être de bien faire comprendre au patient et à ses parents qu'il est un à la fois un outil thérapeutique et un médiateur important entre eux et l'équipe soignante. ([16]) C'est le moment de leur expliquer le processus de la pathologie afin qu'ils puissent mieux comprendre les buts du traitement et les moyens utilisés pour y parvenir. Ils pourront ainsi mieux adhérer aux différentes étapes du processus.

Les médecins, la patiente, ses parents, ont tous un but commun : « le rétablissement du patient, passant par une étape indispensable : la reprise de poids. » Là encore il est important de leur expliquer que si le contrat ne parle que du poids, il ne s'agit pas d'un synonyme de guérison, mais d'une étape indispensable « dans la mesure où elle conditionne l'évolution physique et psychique du patient. » « Cet outil thérapeutique permet de construire le projet de soins en s'appuyant sur un élément objectif : le poids, dans le but d'obtenir une amélioration de l'état psychique. » ([42])

C'est aussi un moment qui permettra à l'équipe médicale de mieux connaître chacun des membres de la famille, et les interactions entre eux. Il va pouvoir susciter un discours autour de « l'histoire de la maladie et des séparations dans la famille. » ([42]) Ces éléments seront une aide précieuse à l'équipe qui suivra la patiente.

2. Son contenu

a. Exemple du département de psychiatrie de l'institut mutualiste Montsouris (Professeur Jeammet) ([42])

Ce contrat définit deux poids : le poids de sortie définitive et le poids de levée de séparation.

Le poids de levée de séparation divise la période d'hospitalisation en deux parties: La première partie où il sera séparé de son milieu de vie habituel (famille et amis). La deuxième partie sera centrée sur la reprise de contact progressive avec l'extérieur.

Le poids de levée de séparation est proche de la moyenne entre le poids d'entrée et le poids de sortie, modulé par un élément majeur : il doit permettre d'obtenir une période de séparation optimale. En effet, pour être efficace, celle-ci ne doit être ni trop courte ni trop longue. Sa durée est adaptée à l'âge et à la personnalité du patient.

Durant la première partie de l'hospitalisation, le patient est totalement séparé de sa famille et de ses amis (pas de visite, courrier ou appel téléphonique), mais pas isolé. Pour Jeammet, il est important du point de vue thérapeutique qu'il participe à la vie du service et à ses activités. Il doit mener une vie sociale avec les autres adolescents et les soignants.

Durant la deuxième partie, il va reprendre progressivement contact avec l'extérieur : En famille, il passe progressivement des demi-journées sans repas, des journées puis des week-ends.

Les visites et la reprise de la scolarité vont crescendo en fonction de l'évolution clinique. Ce temps va être consacré à préparer le retour à la maison.

b. Variantes selon les auteurs

Selon les auteurs, le contrat prévoit un isolement plus ou moins strict, jusqu'à l'absence de séparation d'avec la famille. Il ne porte alors que sur le poids de sortie. Les étapes peuvent être aussi plus détaillées : chaque étape de levée de séparation pouvant être assortie d'un poids précis à atteindre.

On peut également préciser sur le contrat les conditions d'utilisation de la Nutrition Entérale Continue (NEC) : d'emblée ou si elle s'avère dans l'incapacité de reprendre du poids seule.

La plupart des auteurs sont d'accord sur le fait que si la patiente est séparée de sa famille, elle doit être libre de circuler dans le service et de communiquer avec les autres patients.

L'isolement total dans sa chambre ne serait justifié que si elle s'adonne à un exercice physique intense (marches prolongées), en cas de tentative de fugue.

3. La négociation du poids de sortie

Il s'agit du poids « à partir duquel le patient pourra reprendre une vie normale à l'extérieur ». ([42]) Il est le plus souvent en deçà du poids idéal pour l'âge et la taille, et le patient doit savoir qu'il n'est pas une fin en soi, et que même après sa sortie il devra encore reprendre du poids.

Dans le service de psychiatrie de l'institut Montsouris, il est négocié entre le médecin, le patient, et ses parents. Après avoir pris l'avis du patient et de ses parents, le clinicien donne une fourchette dans laquelle le poids devra raisonnablement se trouver. Pour cela, il prend en compte le poids du patient avant le début de la maladie, pondéré par les courbes de croissance et d'indice de masse corporelle classiques comme celles figurant dans le carnet de santé, le morphotype familial et l'histoire de la maladie (durée d'évolution, nombre d'hospitalisations antérieures). Le poids de sortie est un compromis entre tous ces éléments. Ce poids conditionne la sortie, mais il peut être pondéré par l'état psychique du patient. On peut alors discuter avec les parents le maintien à l'hôpital sans objectif pondéral. ([42])

Pour Vidailhet, le poids de sortie est généralement fixé à 10% en dessous du poids théorique pour la taille, afin de bien montrer à la patiente qu'elle restera mince. ([3])

Pour Rigaud, Melchior et Apfelbaum, il s'agit d'un contrat de confiance et le thérapeute ne sera crédible que si « le poids fixé est un poids raisonnablement bas pour être accepté sans auto trahison par le patient. » Il n'est donc pas question de fixer comme but un « poids idéal normal ». Un poids de 85% du poids idéal est un compromis souvent acceptable. ([32])

4. Les modifications possibles

Si lors de l'établissement du contrat, il est présenté comme immuable, certaines circonstances peuvent nécessiter des aménagements.

Ils ont très rarement lieu en début d'hospitalisation et pour une première admission, cependant, « lorsque l'expérience de séparation est insupportable pour le patient ou sa famille, on peut être amené à proposer un aménagement sous la forme habituelle de la réintroduction d'entretien familiaux alors même que le poids de levée de séparation n'est pas atteint. » ([42])

Le poids de sortie peut être renégocié lors d'hospitalisations interminables et stériles pour le patient. ([42])

Pour Jeammet, les modification n'amènent généralement pas une sortie prématurée, mais des aménagements des modalités d'hospitalisation, parfois même une « fenêtre thérapeutique » de quelques jours à quelques semaines, ou une modification d'un « contrat de poids » en « contrat de temps ». ([42])

Pour Dupuis et Venisse, le contrat doit établir des objectifs thérapeutiques larges et peut être reconsidéré en fonction de l'évolution.(objectifs moins difficiles à atteindre si difficultés pour la patiente...). ([20])

De même, si les progrès sont difficiles à obtenir, ou la patiente rapidement découragée, E. Rome et son équipe suggèrent de faire en sorte que les étapes du contrat soient faites à court terme et par petites étapes. ([14])

5. Le contrat au CHU de Nantes

La séparation d'avec la famille n'est pas totale, même lors de la première partie de l'hospitalisation.

En deuxième partie d'hospitalisation, c'est le retour progressif à un contact avec le monde extérieur : courrier, appels téléphoniques, retour à la scolarisation.

CLINIQUE MEDICALE PEDIATRIQUE

**CONTRAT D'HOSPITALISATION A LA CLINIQUE
MEDICALE PEDIATRIQUE (CHU de
NANTES)**

**DR CLAUDE GUYOT
CHEF DE SERVICE**

**PROFESSEUR DES UNIVERSITES
PR A. MOUZARD**

PRATICIENS HOSPITALIERS

Dr S. BARON, Endocrinologie
Dr D. DARMAUN, Endocrinologie
Dr V. DAVID, Pneumologie
Dr V. GOURNAY, Cardiologie
Dr C. GUYOT, Néphrologie
Dr M. LEFEVRE, Cardiologie
Dr S. N'GUYEN, Neurologie
Dr B. NOGUES, Neurologie
Dr H. PILOQUET, Nutrition
Dr G. PICHEROT, Pédiatre
Dr N. VABRES, Pédiatrie

CHEFS DE CLINIQUE

Dr I. HAZART, Pédiatrie
Dr C. PASCAL, Pédiatrie

ATTACHES :

Dr. M. ANTON Allergologie
Dr C. BAILLY, Pédiatrie
Dr GASMI, Neurologie
Dr. J. GEFRIAUD, Neurologie
Dr P. GERARD, Gastro-Entérologie
Dr I. MOLLE, Allergologie
Dr P. OIRY, Pédiatrie
Dr V. PARYS WOLFF, Gastro-Entérologie
Dr O. PINARD, Pédiatrie
Dr S. POIGNANT, Pédiatrie
Dr N. RAGUIDEAU, Endocrinologie

Secrétariat de consultation :
% : 02 40 08 34 80
Fax : 02 40 08 36 24

Secrétariat d'hospitalisation :
% : 02 40 08 35 64
Fax : 02 40 08 35 56

Surveillante :
% : 02 40 08 35 51
% : 02 40 08 35 25

Poids d'admission :

Taille :

BMI :

Date :

Les médecins de la Clinique Médicale Pédiatrique proposent une hospitalisation
à _____ et ses parents jusqu'à _____ kgs
tenus 48 heures.

Première période jusqu'au poids de

- doit prendre ses repas dans sa chambre, et rester ensuite se reposer pendant 2 heures dans celle-ci (matin midi et soir) Les toilettes seront fermées au moment et après chaque repas.
- doit participer aux activités du service en dehors des cours. Elle est en vêtement normal .
- Les menus seront proposés et choisis sur les programmes du service.
(3repas principaux et goûter)
- Les pesées sont effectuées le lundi et le jeudi avant le petit déjeuner suivant la prescription médicale
- Pendant cette période les visites de la famille : père et mère sont prévues deux heures par semaine le samedi ou le dimanche en dehors des repas . En dehors de ces visites hebdomadaires n'aura pas de contact téléphonique ni de courrier.
- Les parents rencontreront l'équipe médicale composée
DuDr pédopsychiatre
Du Dr pédiatre
De Mme infirmière/puéricultrice
aux dates et heures suivantes
- Les parents peuvent appeler le médecin référent tous les jours et les infirmières responsables

Deuxième Période : à partir du poids de

- peut avoir 2 visites par semaine de la famille, 2 coups de téléphone par jour en dehors des repas
- peut recevoir du courrier
- Mêmes modalités pour la pesée, et les activités dans le service.
- Le repos postprandial en chambre reste imposé le midi
- Les cours avec les enseignants peuvent avoir lieu

SIGNATAIRES : Les parents

L'adolescent

Date

Le pédopsychiatre

Le Pédiatre

L'infirmière/puér

NB Ce contrat est prévu pour une durée d'hospitalisation maximum de deux mois

6. En ambulatoire aussi

Le contrat de poids peut également être utilisé en dehors de l'hôpital, lors d'un traitement en ambulatoire.

Il sera alors établi avec le médecin référent. Il pourra établir des étapes, des objectifs de poids à atteindre notamment pour la reprise des activités sportives. Mais surtout, il donnera les conditions qui conduiraient la patiente à une hospitalisation : perte de poids avec un poids défini en deçà duquel l'hospitalisation serait inéluctable ; stagnation pondérale au-delà d'une période prédéfinie ; maintien de comportements de facteurs péjoratifs (vomissements, potomanie, emploi de laxatifs).

Ce contrat a l'avantage de préparer la patiente à une éventuelle hospitalisation, la responsabilisant de sa propre partie du contrat à honorer. Il permet également au médecin de se référer à ce « tiers médiateur », conclu en accord avec les trois parties (le médecin, la patiente, et ses parents).

De même, à la sortie de l'hôpital, un contrat ambulatoire peut être envisagé, prévoyant un suivi régulier avec le pédiatre et le pédo-psychiatre.

LA DISCUSSION

I. LES BIAIS DE L'ETUDE

Il est difficile d'extrapoler des résultats à partir de l'étude de quelques patientes issues d'un service de pédiatrie.

Les biais de recrutement éliminent une partie de la population des anorexiques :

Les patientes recrutées ont moins de 15 ans ;

La durée d'évolution depuis le début de la maladie est souvent courte ;

Le parcours thérapeutique antérieur est court ;

Les jeunes filles hospitalisées sont les cas les plus sérieux ;

Malgré tout, leur état nutritionnel (sauf dans un cas) est peu alarmant ;

Echantillon réduit ;

Peu de recul quant à leur devenir à long terme.

Ainsi on n'évoque pas les adultes (et adolescents au-delà de 15 ans), ni les cas ayant pu être traités en ambulatoire.

Le recrutement d'un service de pédiatrie n'est pas le même que celui d'un service de psychiatrie. Même, si dans ce service en particulier, les pédiatres et les pédopsychiatres collaborent et que des patientes, d'abord adressées au pédopsychiatre, peuvent être admises dans le service, comme cela a été le cas pour Elise.

Il est difficile à partir d'un tel échantillon, de pouvoir établir des facteurs de risque de développer la maladie, de même que des facteurs de pronostic favorables ou défavorables à l'évolution.

L'étude de ces quelques cas fait pourtant ressortir une caractéristique majeure de l'anorexique : son étonnante résistance physique malgré un mauvais état nutritionnel, leur spectaculaire faculté de récupération dès lors que la réalimentation a débuté.

L'idéal serait de pouvoir réaliser une étude prospective dès le début de l'anorexie, ce qui est rarement fait car difficile à réaliser : les prises en charge sont exceptionnellement faites au début de la maladie, et bien souvent, la jeune fille et sa famille ont du mal, d'une part à en dater précisément le début, d'autre part à donner le poids qu'elles faisaient avant l'apparition des troubles.

II. LES HYPOTHESES SUR L'ORIGINE DE L'ANOREXIE

1. Les hypothèses somatiques

Une première hypothèse émise par E. Rome et son équipe concernerait le rôle éventuel de la sérotonine.

Ce neurotransmetteur est connu pour avoir plusieurs rôles : il contrôle l'appétit, le comportement sexuel et social, la réponse au stress et l'humeur.

La sérotonine module l'alimentation en produisant un effet de satiété.

Les antagonistes de la sérotonine au contraire, en diminuant la neurotransmission sérotoninergique ou en bloquant les récepteurs de l'activation, provoquent la prise de nourriture et la prise de poids.

La diminution, dans le cerveau, de la fonction sérotoninergique est associée à la dépression, à l'impulsivité, et à l'agressivité.

L'acide 5-hydroxyindolacétique, métabolite principal de la sérotonine, est plus bas chez les anorexiques de poids faible. Mais son taux redevient normal lors d'une reprise de poids durable.

On a également montré que les sujets ayant des troubles alimentaires sévères ont un taux d'acide 5-hydroxyindolacétique dans le LCR plus bas que ceux du groupe témoin.

Mais ces constatations sont-elles suffisantes pour pouvoir penser qu'un trouble de la fonction sérotoninergique représenterait un facteur de risque de développer une anorexie mentale, ou une boulimie ?

Ces anomalies retrouvées sont-elles une cause ou une conséquence des troubles de l'alimentation ? ([14])

De même, le rôle de la leptine a été étudié :

Il s'agit d'une hormone sécrétée par les adipocytes, qui a pour rôle de stimuler la satiété.

La leptinémie est corrélée positivement à la corpulence : elle est donc à un taux faible chez les anorexiques.

Il est toutefois intéressant de noter que la normalisation de son taux semble précéder la normalisation du poids. Ce qui pourrait en partie expliquer la difficulté pour ces personnes d'atteindre puis de maintenir un poids normal. ([14])

Dans « science et vie » (décembre 2005), un article évoque la possibilité que les troubles du comportement alimentaire puissent être la conséquence d'un dysfonctionnement du système immunitaire. Selon une étude menée par une équipe de l'institut Karolinska en Suède, il y aurait « une corrélation entre l'intensité des symptômes cliniques caractéristiques de ces troubles et des taux anormaux d'anticorps dirigés contre une hormone, l'alpha-MSH. Ainsi, les femmes souffrant d'anorexie et/ou de boulimie possèdent trop, ou pas assez, d'anticorps dirigés contre leur propre alpha-MSH, hormone qui agit au niveau du cerveau et régule, notamment, le contrôle de l'appétit. L'équipe cherche maintenant à comprendre ce qui rend l'action de ces anticorps nocive chez certaines femmes. » ([48]) Peut-être une nouvelle piste à étudier ?...

Enfin, la piste génétique serait également intéressante à explorer. On a en effet pu noter un facteur de risque plus important chez les jeunes filles dont l'un des membres de la famille au premier degré avait souffert d'un trouble du comportement alimentaire. On observe des familles d'anorexiques.

2. La pression médiatique et sociale

L'augmentation de l'incidence observée actuellement serait-elle en relation avec la sensibilisation faite pour la prise en charge de l'obésité ? Surveiller dès l'enfance l'alimentation, leur apprendre les règles de la diététique, et cela de plus en plus tôt. Quand manger devrait être un acte naturel, qui se fait sans se poser de question, on pose très tôt des interdictions, des menaces. On veut déjà mettre l'enfant dans la surveillance et la maîtrise de ses actes, lui apprendre à se priver, à calculer, à maîtriser. N'y a-t-il pas un risque, sur un terrain un peu fragile, de la faire « déraiser » à l'adolescence, vers des troubles du comportement alimentaire ?

Selon Basdevant, « les prescriptions diététiques excessivement restrictives génèrent des désordres biologiques, nutritionnels, psychophysiologiques, psychologiques qui aggravent la maladie comportementale et paraissent dans certains cas suffisants pour la déclencher. » ([22])

La pression médiatique exercée tous les jours pour promouvoir la beauté des femmes selon des critères de minceur difficiles à obtenir, voire parfois irréalisables, contribue à l'augmentation de l'incidence des troubles du comportement alimentaire.

Selon un sondage réalisé en 2000, 33,6% des femmes et 10% des hommes disent surveiller leur alimentation pour éviter de prendre du poids. Pour Romon, « cette attitude a été en partie attribuée à l'influence des médias qui diffusent des stéréotypes de femmes très minces et associent souvent l'idéal de minceur avec le succès. La minceur est ainsi considérée comme un facteur de séduction. » ([23])

On peut également noter que le monde du mannequinat suit cette évolution. L'indice de masse corporelle de « Miss Amérique » est passé de 18,77 en 1954 à 17,11 en 1983.

Au début des années 90, Kate Moss est l'égérie des grands couturiers, considérée comme un « idéal de beauté » pour beaucoup, son indice de masse corporelle est de 14,36 !

Depuis quelques décennies, l'image que l'on veut donner de la femme (minceur, réussite professionnelle), efface peu à peu ses formes rondes et féminines, les formes de sa fonction de maternité.

3. Les théories sur les facteurs d'ordre psychologique

Sur les bases des conclusions énoncées lors du symposium de Göttingen, (dirigé par MEYER et FELDMANN, 1965), quatre grands modèles approchant la compréhension psychogénétique de l'anorexie mentale en sont issues et n'ont pas été remis en cause depuis ([16]) :

Un modèle de compréhension centré sur l'étude des interactions précoces mère-bébé puis des interactions famille-enfant.

Un modèle de compréhension lié à la problématique de l'image du corps et de la sexualité.
Un modèle de compréhension psychanalytique où une organisation fantasmatique particulière à l'anorexie est décrite.
Un modèle addictif autour du conflit lié à la dépendance. ([4])

a. Un trouble de l'image du corps

Ce trouble de l'image du corps pourrait être lié à une incapacité à en assumer le rôle sexuel et génital et à intégrer les transformations de la puberté.

La petite fille voit peu à peu son corps se transformer, acquérir les formes qui la feront passer du statut d'enfant à celui de femme, de future mère. Elle est cependant passive face à ces changements. Sa seule façon de les refuser est de maigrir jusqu'à les effacer, voire en arrêter le processus.

Ceci défendrait la thèse selon laquelle le conflit se situe au niveau du corps qui est refusé et maltraité, et non au niveau des fonctions alimentaires.

Pour Jeammet, le corps est aussi visé en tant que « représentant de la scène primitive, des parents combinés et de leur coït qui lui a donné naissance ainsi que la féminité maternelle comme modèle identificatoire. » ([16])

Buvat est en désaccord avec cette idée : il refuse le dogme anorexie mentale = refus inconscient d'assumer la sexualité génitale.

Il ne retrouve pas de conflit sexuel spécifique chez la plupart de ces jeunes filles.

Pour lui, « la transformation pubertaire est perçue (...) non en tant que sexualisation mais en tant que quitter un corps d'enfant et les privilèges qui s'y rattachent. (...) La signification en est un refus inconscient d'assumer une vie adulte imaginée trop responsabilisante et coupée d'un milieu familial fermé et hyper protecteur. (...) Ainsi le corps maigre de l'anorectique signifie plus désir de continuer d'être pris en charge par la cellule familiale en maintenant le statut d'enfant que le refus spécifique d'une sexualité souvent assumée ni mieux ni plus mal que dans la population du même âge. »

« La régression oestrogénique et la tonalité dépressive fréquente au cours de la phase anorectique sont suffisantes à expliquer la plupart des insuffisances sexuelles de nos patientes. » ([40])

b. Un trouble de la relation mère-enfant

Pour H. Bruch, le trouble de l'image du corps, pathognomonique de la pathologie, serait secondaire à des perturbations de la perception intéroceptive. « Ces dernières sont liées à un défaut de reconnaissance des sensations et des besoins du corps, lui-même secondaire à des troubles des premiers apprentissages au cours desquels la mère impose ses propres sensations et ses propres besoins à l'enfant, au lieu de l'aider à percevoir et reconnaître les siens propres. » ([16])

Ainsi, l'enfant, fragilisé, reste profondément dépendant de son entourage, dont il a besoin pour – croit-il – reconnaître ses besoins, puisqu'il ne sait le faire par lui-même.

Pour Pazzolini-Selvini également, les relations précoces mère-enfant sont à l'origine de la pathologie : « le corps est le mauvais objet chargé des attributs de l'objet maternel primaire incorporés massivement lors des premières relations mère-enfant subies passivement. » ([16])

c. Un modèle addictif

Jeammet (1991) retrouve chez 33% des anorexiques des traits d'addiction liés à la nourriture (boulimies, vol de nourriture) et 8% se disent dépendantes de l'alcool ou de toxiques. ([2])

Pour Brusset, le mécanisme de l'anorexie mentale s'auto-entretiendrait par la dénutrition. La déprivation nutritionnelle entraînerait « la sécrétion d'endorphines, c'est-à-dire de substances opioïdes intracérébrales. Le bien-être ainsi provoqué entraînerait l'accoutumance et la dépendance. On a pu penser ainsi que l'anorexie mentale était une sorte de « toxicomanie endogène », expliquant l'érotisation de la sensation de faim, de vide, de vertige, comme dans l'hyperactivité physique et sportive. » ([26])

Pour Ellen Rome et ses collaborateurs, l'anorexie mentale est une pathologie d'origine multifactorielle. Elle touche une personne psychologiquement et génétiquement prédisposée, qui a une certaine vulnérabilité biologique, et subissant la pression de son environnement social et familial. ([14])

III. LE RÔLE DU MEDECIN DE FAMILLE

Je parle de « médecin de famille » intentionnellement, ce terme me paraissant plus approprié que celui de « médecin traitant », et plus encore que celui de « médecin généraliste ». C'est celui qui le définit le mieux dans son rôle. Il suit tous les membres d'une même famille, au cours du temps. Il a connu la femme enceinte, a souvent suivi sa grossesse, puis a vu les enfants grandir année après année. Il sera donc le plus à même de voir un changement, de percevoir une modification dans le comportement, l'attitude de l'un d'eux.

1. Un rôle de dépistage

D'abord, il est le premier maillon de la chaîne, le premier que l'on vient consulter, avant d'être ensuite dirigé vers un spécialiste si besoin.

Si il connaît la famille, il sera le témoin privilégié des aléas de la vie atteignant l'un ou l'autre des membres de la famille. Il sera le premier vers qui se tourneront les parents –le plus souvent la maman- si elle s'inquiète pour son enfant. Démarche qu'elle ferait bien plus tard auprès d'un spécialiste, sans savoir nécessairement vers qui s'adresser. En attendant, la maladie évolue.

De plus, le médecin traitant voit régulièrement les enfants et les adolescents, lors des visites annuelles demandées par l'école, les certificats pour le sport, les vaccins. Il sera plus à même de dépister une stagnation ou une perte pondérales, selon l'âge de l'enfant. Et si il la connaît bien, un changement récent d'attitude, de comportement.

Il peut également être appelé à s'interroger pour une jeune fille venant en consultation (éventuellement à la demande des parents) pour un tout autre motif : troubles digestifs, aménorrhée, fatigue, baisse de rendement scolaire,...

2. Un rôle d'orientation

Il lui faut d'abord amener la patiente (et éventuellement sa famille) à accepter une consultation puis une prise en charge spécialisées, une des étapes délicates de la prise en charge puisque cela implique qu'elle admette qu'elle est réellement malade et a besoin de soins. Une des caractéristiques de la pathologie est en effet le déni qu'elles ont de leur état de maigreur.

Le médecin généraliste devra l'orienter vers un centre de soins spécialisé, ou en première intention vers un spécialiste somaticien, afin de confirmer son diagnostic, éliminer un diagnostic différentiel, faire un bilan d'évaluation de son état clinique.

Une fois le diagnostic posé, on pourra alors, comme nous l'avons vu plus haut, établir un réseau de différents praticiens pour une prise en charge globale médico-psychologique. C'est là que les choses deviennent parfois compliquées pour le praticien. En effet, les structures adaptées sont peu nombreuses et les réseaux de soins peu clairs. Ils s'organisent localement, au gré d'initiatives personnelles, sans protocole reconnu au niveau national.

Le médecin traitant doit donc savoir à la fois orienter la patiente le plus rapidement possible sans toutefois avoir l'air de se précipiter pour se décharger d'un cas dont il connaît mal la pathologie. Si il réussit à établir un climat de confiance avec la patiente et sa famille, l'adhésion au traitement n'en sera que plus facile et plus rapide. Le suivi, le soutien qu'il pourra apporter à toute la famille n'en sera que plus évident pour tout le monde.

3. Un rôle de coordination

Si il accepte ce rôle, qui requiert une disponibilité et une implication importantes sur un long terme (deux à trois ans de suivi au minimum), le médecin traitant pourrait être le référent du réseau de soins à mettre en place. A lui, qui verrait la jeune fille très régulièrement (une à deux fois par semaine selon son évolution), de coordonner l'intervention des différents praticiens.

C'est la thèse que défend Rome et son équipe : un médecin, souvent le médecin traitant, sera le « médecin référent », à la fois pour la patiente et sa famille, mais aussi pour tous les autres thérapeutes à qui d'une part il pourra demander leur avis sur un point particulier, et d'autre part, ceux-ci lui enverront un compte rendu de chacune de leur consultation avec la jeune fille. Il faudra par ailleurs organiser régulièrement des réunions afin d'échanger les avis de chacun et adapter le traitement au fur et à mesure de l'évolution de la jeune fille. ([14])

Pour Dupuis et Venisse aussi : il faut créer une alliance thérapeutique dans laquelle le médecin de première ligne sera le médecin généraliste ou un interniste. Graviteront autour de lui différents praticiens : diététicien, psychologue ou psychiatre. Cette approche permet une prise en charge bifocale (médicale et psychologique) indispensable. ([20])

Ce pivot assurera la cohérence du système : il centre les informations de toutes parts et a une vision d'ensemble de la situation.

La cohésion et la communication entre les différents acteurs du réseau seront indispensables à une prise en charge efficace.

Enfin, par l'existence même de ce réseau solidaire, d'une part les familles se sentiront sécurisées par une prise en charge solide qui les soulage enfin de lourdes responsabilités. D'autre part, les patientes auront une marge de manœuvre beaucoup plus limitée pour manipuler chaque médecin pris individuellement que si elle sait la cohésion et la communication réelle autour d'elle.

4. Un rôle de suivi

Après avoir adressé la patiente pour confirmation du diagnostic, évaluation somatique et amorcé la prise en charge, le généraliste pourra assurer le suivi de la patiente et de sa famille.

Deux cas peuvent se présenter :

La patiente rentre à domicile après une courte hospitalisation d'évaluation. A sa sortie, son médecin traitant prendra tout de suite le relais d'une prise en charge ambulatoire avec des consultations régulières et fréquentes. Il peut même établir un contrat déterminant des objectifs de poids, de comportements alimentaires, et surtout les conditions qui entraîneront l'hospitalisation : perte de poids, stagnation pondérale au-delà d'un certain temps. Ainsi les limites fixées en accord avec les différentes parties (médecin traitant, praticien hospitalier, patiente, famille) n'auront pas à être discutées le moment venu. Tel un tiers objectif auquel le médecin pourra se référer. Le gain de temps n'en sera que plus bénéfique au traitement. Compte tenu de son état clinique, la jeune fille doit être hospitalisée d'emblée pour traitement. L'organisation de la prise en charge se ferait donc lors de l'hospitalisation, en accord avec le médecin traitant qui, ayant tous les éléments en sa possession, pourra faciliter son retour à la maison, sa réintégration familiale après un temps d'hospitalisation long (un à trois mois). Parallèlement, pendant le séjour à l'hôpital de la jeune fille, il sera présent pour la famille : un soutien, un conseil, une écoute de proximité. Il pourra assurer un complément utile en plus de l'accueil fait par la structure de par la proximité qu'il pourra avoir des membres de la famille.

Il sera là pour dépister les rechutes (50% des cas), et l'aider dans son cheminement psychologique.

5. Les limites du médecin généraliste

a. La disponibilité

Si il est vrai que de prime abord le généraliste est plus facile d'accès que le spécialiste (rapidité des rendez-vous, proximité, possibilité de se déplacer), nous n'oublions pas la surcharge de leurs cabinets, les demandes toujours plus pressantes des patients. Dans ce contexte, il leur est difficile de prendre en charge des patients dont la pathologie requiert un tel investissement, de temps et d'écoute.

Les entretiens avec ces jeunes filles doivent, surtout en périodes critiques de la maladie, être fréquents (une à deux fois par semaine) et longs (trente minutes au moins). Des consultations de quinze minutes avec des salles d'attente pleines ne représentent pas un cadre idéal pour accueillir posément et sereinement ces jeunes filles, ces familles en détresse et ayant un besoin d'écoute aussi important.

b. Le manque de formation

Les généralistes peuvent craindre ces patientes dont ils connaissent mal la pathologie. L'enseignement de l'anorexie mentale à la faculté est très pauvre, voire anecdotique, et classé dans les maladies psychiatriques pures. Ils préfèrent donc passer la main à des praticiens plus expérimentés qui sauront mieux gérer ces patientes un peu particulières.

c. Des patientes très particulières

Il s'agit de personnalités bien particulières, sachant manipuler leurs proches aussi bien que les médecins ou le personnel soignant qui les ont en charge.

Elles ont un discours en total désaccord avec leur état physique, auquel elles croient d'ailleurs la plupart du temps, surtout au début de la maladie.

Elles mettent en avant le fait qu'elles se sentent bien, ne sont jamais malades ou fatiguées. Et en effet, elles résistent étonnamment longtemps à une dénutrition et un état de maigreur majeurs. Elles sont hyperactives, ne ressentent pas la fatigue et n'attrapent guère les petites affections de la vie courante. Mais il faut toujours garder à l'esprit que cet équilibre est bien fragile et toujours susceptible d'une brusque décompensation, ce dont elles ne sont évidemment pas conscientes.

De plus, elles mentent quant à leur alimentation, cachent la nourriture ou se font vomir, ce qui peut induire en erreur la famille ou un médecin non formé et voyant peu de tels patientes.

d. Comment suppléer à ces limites

Dans de telles conditions, ne pourrait-on envisager de créer des centres spécialisés avec un personnel formé, des praticiens de diverses spécialités : pédiatres et internistes

(selon la population visée), généralistes, psychiatres et pédo-psychiatres, nutritionnistes, kinésithérapeutes...

Cette structure leur apporterait un cadre adapté à l'accueil de ces patientes avec des possibilités d'échanges, facilités par le regroupement géographique (réunions de service destiné au personnel médical comme au personnel soignant).

Cela permettrait également de proposer des services, des activités directement adressées au anorexique dans toute leur spécificité : relaxation, expression corporelle (dans le but de les réconcilier avec leur corps), rencontres afin de leur permettre d'échanger entre elles.

Enfin organiser des réunions de parents dont l'utilité n'est plus à démontrer. Elles ont pour but de leur permettre de s'exprimer librement, face à des personnes qui vivent la même situation qu'eux, et donc le plus à même de les comprendre. Ecouter les expériences des autres, souvent semblables par bien des points à la leur, leur permet aussi de déculpabiliser quant à leur propre rôle dans la genèse de la maladie.

IV. L'INTERÊT D'UNE APPROCHE SOMATIQUE ET NUTRITIONNELLE

1. Intérêts physiologiques

Les intérêts sont à court, moyen et long terme.

A court terme d'abord, si l'état clinique de la patiente est critique, le premier objectif est de la mettre hors de danger vital.

Notamment, Misra et son équipe observe que le statut nutritionnel (masse grasse en particulier) est un facteur prédictif de problèmes tensionnels et de rythme cardiaque d'une part, et les problèmes d'arythmie à l'origine de nombreux décès d'anorexiques d'autre part. La reprise de poids chez ces jeunes filles est donc d'une importance majeure ; de même que la surveillance de ces paramètres. Ces changements sont réversibles lors de la réhabilitation nutritionnelle. ([27])

La surveillance cardiaque s'impose même si la kaliémie est en apparence normale : Powers a montré que les risques d'arythmie cardiaque existaient même quand la kaliémie est normale, car le niveau total de potassium dans le sang est bas.

A moyen terme ensuite, la restauration d'un poids « correct » (Indice de Masse Corporelle ≥ 18) a plusieurs objectifs :

- Eviter la décompensation biologique de certains éléments due à la renutrition :

La supplémentation en phosphore (Phosphoneuos*), appliquée par l'équipe du CHU semble indispensable au vu des constatations faites sur les observations cliniques.

Pour Misra et son équipe, la supplémentation en vitamines B12, folates, et fer pourrait s'avérer utile en prévention des infections favorisées par la leuco et la neutropénie. En effet, d'après leur étude sur les effets hématologiques de l'anorexie mentale, « les changements de morphologie cellulaires suggèrent que l'hypoplasie de la moëlle osseuse ne serait pas seule responsable des anomalies des éléments sanguins : le déficit d'apport alimentaire en vitamines B12, folates et fer pourrait y contribuer. » ([27])

- Pour restreindre le risque de rechutes et permettre une meilleure évolution, plus rapide :

Pour E. Rome et son équipe, « de nombreuses études indiquent que la restauration du poids des patients anorexiques facilite le processus de rétablissement. Une sortie prématurée de l'hôpital, en dessous d'un poids de « bonne santé » augure des résultats moins bons. » ([14])

Pour Rigaud, le risque de rechutes est plus important lorsque l'Indice de Masse Corporelle est inférieur à 18,5, et si l'évolution de la conduite anorexique est plus longue : donc plus rapidement elle aura quitté la « zone dangereuse », meilleur sera son pronostic. ([15])

A plus long terme enfin, il s'agit de limiter les altérations physiologiques et corporelles :

- L'ostéoporose d'abord, conséquence de la chute des taux d'oestrogènes et de progestérone, sera d'autant plus importante et irréversible que la pathologie a débuté tôt, et que sa durée est longue ([17]). Comme on l'a vu précédemment, la supplémentation des anorexiques en oestrogènes et progestérone n'a pas eu l'influence favorable escomptée sur la croissance minérale osseuse. C'est d'abord la restauration du poids qui permettra la reprise de la croissance minérale osseuse.

- Les troubles fonctionnels de l'axe cortico-hypothalamo-hypophysaire, entraînant un profil hormonal de type pré-pubertaire, a pour conséquence hypotrophie ovarienne et utérine, réversible après restauration d'un poids correct et retour des règles. Cependant, qu'en est-il des conséquences à long terme d'une altération des organes génitaux internes de plusieurs mois, parfois plusieurs années ? Quelles en sont les conséquences sur les chances de grossesses ultérieures ? Peu d'études ayant été faites à ce sujet, toutes les conjectures sont possibles, et notre rôle est de les aider à prévenir au mieux ces risques.

- De même, les conséquences de la perte importante de masse musculaire et de l'altération de nombreuses fonctions sur une longue période sont mal connues :

- Sont notamment concernés le cœur, les muscles respiratoires, le tractus digestif.
- Le foie également (stéatose à un stade avancé de dénutrition), la fonction rénale.
- Il a été prouvé par Berthoz et Jeammet (2002, [31]) que certaines modifications cérébrales, notamment le volume de matière grise, sont irréversibles. Les conséquences de ces modifications, à un moment important de la maturation cérébrales ne sont pas connues.

- Si l'anorexie survient avant la période de puberté, un retentissement sur la croissance est à craindre. ([11])

2. Intérêts psychologiques

Faire retrouver à la patiente un poids correct la mettant hors de danger physique, permet à l'équipe médicale de pouvoir prendre en charge plus facilement la dimension psychologique de la pathologie.

En effet, de nombreux auteurs (Bruch ; Beauquier-Maccotta) s'accordent à dire qu'une psychothérapie n'est pas envisageable en deçà d'un certain poids. Trop maigre, la jeune fille est enfermée dans son fonctionnement pathologique et incapable de prendre la distance nécessaire à une introspection. Beauquier-Maccotta observe également que « les adolescents reconnaissent plus facilement leurs difficultés de fonctionnement familial lorsqu'elles sont sorties de la période restrictive stricte et ont repris du poids. » ([2])

Il existerait également un « poids limite » au-delà duquel un déclic se produit, la malade devenant capable de prendre une part active et volontaire au processus de guérison.

Enfin, si la jeune fille est trop maigre, le regard de l'autre, négatif, entre pitié et interrogation, favorise son exclusion et son isolement. ([15])

V. POURQUOI ET COMMENT DIAGNOSTIQUER TÔT

1. Intérêt d'un diagnostic précoce

Toutes les études tendent à montrer qu'une plus longue évolution de la maladie avant la prise en charge était un facteur de mauvais pronostic. Vidailhet a d'ailleurs pu observer que le principal écueil était celui du diagnostic positif. ([3])

Pour Rome et son équipe également, « dépister les individus à risque et intervenir tôt peut diminuer la gravité des désordres alimentaires. » ([14])

D'autre part, l'installation de la patiente dans son fonctionnement anorectique entraîne un ralentissement de la vidange gastrique et iléo-caecale qui pourra être un frein à une reprise de l'alimentation. Petit à petit s'installe un réel inconfort à s'alimenter, parfois des douleurs qui entraînent la patiente dans un cercle vicieux. De même la constipation peut devenir un obstacle à son alimentation. L'emploi de laxatifs peut alors commencer, entraînant ballonnements, douleurs abdominales et une alternance de diarrhée et de constipation. Les plaintes fonctionnelles sont d'ailleurs souvent mises en avant pour « justifier » une diminution de l'alimentation. Il faut donc rompre le cercle vicieux au plus tôt, car ces gênes sont réelles et peuvent freiner la reprise de poids en « bloquant » la patiente lors de ses repas : elle sait qu'elle souffrira après.

2. Comment diagnostiquer tôt ?

Une jeune anorexique ne viendra pas d'elle-même chercher de l'aide auprès de son médecin. C'est donc à nous de savoir détecter un trouble derrière un aspect physique, un changement de comportement décrit par la famille.

L'aspect physique caractéristique de l'anorexique est bien sûr le point d'appel le plus frappant et le plus évident. Malheureusement, à ce stade, la maladie est déjà bien avancée. C'est donc dans l'interrogatoire, de la patiente, mais surtout de sa famille, que se trouveront les éléments les plus précieux.

Et pour les plus jeunes (encore en période de croissance), une stagnation voire une perte pondérale doit alerter rapidement, surtout si elle s'accompagne d'un changement de comportement alimentaire.

Par l'interrogatoire de sa famille, on va découvrir une jeune fille qui, depuis quelques mois, s'investit de plus en plus dans son travail scolaire. Sans qu'il y ait pour autant de meilleurs résultats. Elle s'isole, son cercle d'amis se restreint, voire disparaît. Elle fuit toute rencontre, toute émotion, toute nouveauté. On note d'ailleurs, dans les quelques mois précédant la déclaration de la maladie, une modification des comportements, de l'humeur et du caractère. « Elle devient irritable et s'installe dans un silence qui pèse lourd sur l'ambiance familiale. » ([15])

En opposition à une restriction alimentaire et à une perte de poids de plus en plus importante, on note une hyperactivité grandissante. Il ne s'agit pas d'une activité enjouée et conviviale, mais solitaire et vécue comme une drogue. ([15])

Elle banalise la situation, prétend que tout va bien, qu'elle ne s'est d'ailleurs jamais sentie aussi bien (ce dont elle est d'ailleurs persuadée). Elle continue à se trouver grosse malgré une perte de poids objective.

A table, elle trie ses aliments, les éliminant petit à petit, mâche interminablement ses aliments. Elle boit beaucoup. Puis commence à mentir, pour manger moins ou sauter un repas, prétendant avoir déjà mangé. Et petit à petit elle cherchera à éviter les repas en communs jusqu'à ne plus y participer du tout. Paradoxalement, elle prend du plaisir à faire à manger pour les autres.

« L'anorexique boulimique » se différencie quelque peu : elle est un peu moins maigre, semble manger normalement, voire parfois beaucoup, tout en perdant du poids. Elle se lève fréquemment pendant ou à la fin du repas pour aller aux toilettes. Son visage est un peu enflé, « soufflé ». Ses glandes parotides sont gonflées sous les lobes des oreilles, et sous la mâchoire les autres glandes salivaires également. On peut parfois observer des oedèmes non expliqués. Tous ces signes sont une conséquence des vomissements.

Pour Rome et son équipe, quelques questions très simples permettraient d'orienter plus facilement le médecin :

Combien voudrais-tu peser ?

Comment te sens-tu dans ton poids actuel ?

Est-ce que toi ou quelqu'un d'autre est inquiet de ta façon de manger ou de tes pratiques sportives ? ([14])

De même, si le médecin demande à une anorexique d'atteindre un poids minimum, elle refusera farouchement et montrera une angoisse démesurée à l'idée de prendre quelques centaines de grammes.

VI. INTERÊT D'UNE CONSULTATION CONJOINTE MEDICO-PSYCHOLOGIQUE

Pour de Tournemire et Alvin ([7]), « l'anorexie mentale est une maladie d'origine psychique au fort retentissement somatique ».

De même, Vidailhet est d'avis que la position de cette pathologie « au carrefour de la psychiatrie et de la médecine organique, du fait de ses répercussions somatiques, l'éventualité d'une évolution létale, (...) justifient une approche diagnostique et thérapeutique multidisciplinaire. » ([3])

L'approche multidisciplinaire présente plusieurs avantages :

1. L'approche diagnostique

L'avis de deux médecins d'orientations différentes, somatique et psychiatrique, permettra d'établir de façon plus sûre le diagnostic, et notamment l'élimination d'un diagnostic différentiel.

2. L'efficacité thérapeutique

L'anorexie mentale étant une pathologie psychiatrique à retentissement somatique, il est normal qu'un traitement uniquement centré sur le corps, ou au contraire uniquement psychothérapeutique, aussi bons soient-ils, ne puisse être efficace s'il est utilisé seul. En effet, le rétablissement d'un poids normal met la patiente hors de danger « physique », il la rend ensuite plus accessible à une approche psychothérapeutique. ([3])

Soigner uniquement le corps reviendrait, pour une telle pathologie, à vouloir restaurer les murs d'une maison tout en laissant des fondations fragiles, prêtes à la laisser s'écrouler à tout moment.

Inversement, ne prendre en compte que l'état psychologique de la patiente serait nier la gravité potentielle et toutes les conséquences néfastes que la maladie a sur son corps. Ce serait aussi faire comme elle : nier son corps. Car pour aller mieux, elle doit apprendre à s'aimer dans son intégralité. Il faut lui apprendre à ne plus cliver le corps et l'esprit.

La guérison passe par l'introspection, puis la reconstruction psychologique. C'est cette évolution qui permettra à la jeune fille de ne plus mettre son corps en danger. D'où l'intérêt de les prendre en charge dans un centre pluridisciplinaire, pouvant ainsi bénéficier d'une approche concertée entre pédo-psychiatres, pédiatres et nutritionnistes.

Pour Vidailhet et son équipe, l'équipe pluridisciplinaire ne s'arrête pas aux médecins : des institutrices et des professeurs préparent la patiente dans les semaines précédant sa sortie afin de favoriser une bonne reprise scolaire. ([3])

3. La consultation conjointe au CHU de Nantes

Le pédiatre et le pédo-psychiatre reçoivent les patientes régulièrement, une fois par mois en moyenne, ensemble.

Avec pour avantage d'être un homme et une femme, ils forment un « couple parental », chacun ayant un rôle bien distinct, avec lequel la jeune fille peut établir des liens qu'elle n'a pas avec ses propres parents. Ce transfert lui permet de mettre à jour, puis d'exprimer ses difficultés familiales, ses propres ressentis.

Ainsi également, l'aspect somatique et l'aspect psychique ne sont jamais séparés.

Il ne s'agit pas d'une psychothérapie en tant que telle, mais cet abord permet à la jeune fille d'envisager cette possibilité, de l'accepter. Ces patientes y étant souvent opposées au début de leur prise en charge. Et si elle maintient son refus, la présence du psychiatre permet de ne pas occulter cet aspect de la pathologie.

VII. LES MODES D'HOSPITALISATION

1. Intérêts de l'hospitalisation

L'hospitalisation, si elle est faite dans de bonnes conditions, peut être un atout dans la prise en charge ultérieure. Ce temps de séparation d'avec le milieu familial, de proximité avec les soignants, doit être mis à profit afin d'établir entre la patiente et les thérapeutes un climat favorable à l'élaboration du suivi.

En effet, lors du suivi ambulatoire, les consultations (une fois par mois) ne suffisent pas à créer un lien, un climat de confiance suffisants. La période d'hospitalisation, souvent longue, permet une proximité, une intimité, indispensables, quand on sait que l'on part pour un suivi de 2 à 3 ans minimum.

De plus, la séparation d'avec la famille est bénéfique, tant pour les parents que pour l'adolescente.

La famille, depuis des mois, est littéralement « dévorée » par la jeune adolescente.

Quant à la jeune fille elle-même, cette séparation lui permet de devenir plus autonome, la dépendance à l'égard de sa famille étant très importante.

L'hôpital représente un milieu intermédiaire entre la famille et le monde extérieur. Elle va y côtoyer d'autres personnes dans la même situation qu'elle, ce qui peut être bénéfique : elles peuvent échanger entre personnes ressentant les mêmes choses, s'encourager mutuellement.

La séparation d'avec le milieu familial et habituel n'est pas à but répressif. Il permet d'offrir une ambiance nouvelle, non conflictuelle, donne la possibilité de s'ouvrir à d'autres modes relationnels.

Selon certains auteurs, la multiplicité des hospitalisations serait un facteur de mauvais pronostic. Une nuance est peut-être à faire : des hospitalisations successives dans des établissements différents, avec des prises en charge différentes, donnent effectivement l'image d'échecs successifs, et ne peuvent que décourager et déstabiliser la patiente. En revanche, des ré-hospitalisations faites suivant l'évolution de la pathologie, et toujours dans la même ligne de conduite, donnent plus l'image d'un suivi, d'un soutien pour une pathologie dont l'évolution n'est pas linéaire.

2. Comment hospitaliser

Sauf en cas de danger vital immédiat, il vaut mieux planifier l'hospitalisation.

D'abord parce que l'évolution favorable de la pathologie dépend en grande partie de la coopération de la patiente, la méthode coercitive sera vouée à l'échec : elle ne pourra que l'amener à s'opposer. Il est donc important de prendre le temps de lui laisser faire le cheminement elle-même, qu'elle se sente actrice de sa vie et de ses décisions.

Ensuite établir un contrat, dont nous avons exposé les modalités plus haut. Au mieux, il doit être fait avant l'hospitalisation. Mais quand ce n'est pas possible (hospitalisation en urgence, refus de la patiente), il peut être rédigé au cours du séjour.

Enfin, la communication doit être le fer de lance de cette période clé dans le processus thérapeutique :

Faire des réunions de service régulières avec tous les membres de l'équipe afin d'échanger les points de vue, maintenir une constance dans les soins et limiter les conduites de manipulation auprès de l'équipe. ([4]) La jeune fille a besoin d'un cadre ferme sur lequel elle puisse se reposer d'une part, et d'autre part savoir qu'elle ne pourra pas « en jouer » comme elle le fait avec ses proches.

Comme on l'a vu plus haut, des entretiens fréquents avec la patiente sont indispensables.

Enfin, l'alliance avec la famille est un outil indispensable au déroulement du traitement, et un facteur de meilleur pronostic. Jeammet (1991), observe que dans les cas de rechutes et de chronicisation de la maladie, il existe une « complicité de l'entourage avec le symptôme et un déni de la gravité par la patiente et sa famille. » ([2]) On retrouve également, comme facteur prédictif de survenue des épisodes boulimiques « une attitude hostile de la patiente envers la famille et un manque d'empathie des parents à l'égard de l'adolescent. » ([2]).

On voit bien les multiples intérêts à impliquer activement la famille.

Instaurer avec eux un climat de confiance, leur montrer qu'ils ne sont pas mis à l'écart, eux qui se sentent souvent culpabilisés de la maladie de leur enfant.

Leur faire mieux comprendre la pathologie, adhérer au traitement, afin d'éviter les oppositions à certaines phases du traitement, les sorties précoces contre avis médical, les aider à trouver des repères pour savoir comment réagir face à leur enfant, à ne plus se laisser manipuler.

Par les entretiens, les aider également à pouvoir se recentrer sur eux-mêmes, sur leur couple, quand ils ne vivent depuis des mois qu'autour de leur enfant, de sa maladie, à leur détriment et celui des autres enfants.

Pour l'équipe de Vidailhet, les parents font partie intégrante du suivi : ils sont vus une fois par semaine et des groupes de parents sont organisés une fois par mois. ([3])

3. Différence entre l'hospitalisation dans un service de médecine et un service de psychiatrie

Les modes d'hospitalisation, ainsi que les établissements accueillant les anorexiques sont multiples. Mais deux grandes tendances se dégagent : l'hospitalisation en service de psychiatrie, et l'hospitalisation en service de médecine.

Des études ont été menées sur l'évolution à moyen terme de populations d'anorexiques suivies en secteur de psychiatrie, comparées à une population suivie en service de médecine.

Hsu (1996) a recensé six études, résultats d'équipes psychiatriques.

Le tableau en annexe II donne les résultats en détails.

Les moyennes des résultats de l'évolution à moyen terme sont les suivants :

Bonne évolution : 47,75% ;

Evolution intermédiaire : 18,25% ;

Mauvaise évolution : 24,75% ;

Décès : 1,5%. ([2])

Résultats de équipes de pédopsychiatrie dans différents pays ([2]) (Tableau en annexe III).

Moyennes :

Bonne évolution : 55,45% ;

Evolution intermédiaire : 23,76% ;

Mauvaise évolution (dont décès) : 18,57%.

Quatre études de suivi en service de médecine de l'adolescent ont été publiées ([2]) (tableau en annexe IV)
Seuls les résultats de bonne évolution ont été donnés : ils sont en moyenne de 79,25%.

Kreipe (1996) note que les résultats de ces études sont meilleurs que ceux concernant les adolescents et jeunes adultes suivis en psychiatrie. Il note de plus une durée de traitement moins longue.
Cependant, les résultats de ces différentes études ne permettent pas de savoir quels sont les facteurs permettant une meilleure évolution.
Kreipe émet trois hypothèses :
« L'âge différent ;
Le plus petit intervalle de temps entre le début de la maladie et le début du traitement (...) ;
Le type même de prise en charge. » ([2])

La discussion reste donc ouverte sur les avantages et les inconvénients à orienter les patients souffrant de trouble du comportement alimentaire vers un type d'établissement plutôt qu'un autre.
Sous-jacente à cette question, vaut-il mieux « isoler » ces patients ou les mêler aux autres.

Les établissements spécialisés présentent l'avantage d'avoir un personnel formé, ayant l'habitude de ces patientes un peu particulières, savent les gérer. Le risque étant de transformer ces lieux en « ghettos », de les isoler plus encore.

Les établissements accueillant d'autres pathologies leur offrent une ouverture vers les autres avec la possibilité de côtoyer des personnes ayant d'autres centres d'intérêt. Elles peuvent enfin avoir des échanges ne tournant pas autour du poids, de la nourriture, tout ce autour de quoi gravitent leur vie et leurs pensées depuis des mois.

D'autre part, l'hospitalisation en milieu psychiatrique peut être moins bien acceptée par la patiente et sa famille, de par l'image qu'elle véhicule. Elle semble peu adaptée aux jeunes adolescents (moins de 15 ans). Peut-être que ce type de prise en charge serait plus adapté aux patientes plus âgées, enfermées depuis longtemps dans leur processus anorectique, avec des caractéristiques addictives importantes.

Pouvoir prendre en charge les patientes souffrant de troubles du comportement alimentaire dans un service de médecine permet de les accueillir dans un milieu « neutre », n'ayant pas la connotation de la maladie mentale ; de les prendre en charge dans de bonnes conditions au niveau somatique. Tout ceci en incluant une prise en charge psychiatrique qui, comme nous l'avons vu, est indispensable dans le cadre d'un traitement global et efficace à long terme.

Smith (1992) note en effet l'effet bénéfique d'une psychothérapie sur le suivi à moyen et long terme : « les patientes ne présentant pas de trouble psychiatrique au moment du follow-up utilisent moins les mécanismes d'évitement que le groupe contrôle, ce qui peut être expliqué par l'effet bénéfique de la psychothérapie. » ([2])

VIII. PERCEPTION DE L'ADOLESCENCE ET IMAGE DU CORPS

1. L'adolescence, une période clé

a. Qu'est-ce que l'adolescence ?

L'adolescence est une notion moderne et occidentale : dans l'ensemble des sociétés traditionnelles, il y a des rites de passage comme il y en avait aussi dans nos sociétés occidentales (communion, départ à l'armée) et qui concernent aujourd'hui une minorité de classe d'âge.

Ces rites permettaient de passer de l'état d'enfant à celui d'adulte. De nos jours, on reconnaît à l'adolescence une spécificité en tant que telle, mais sans lui donner de définition précise ni de limite dans le temps. Il s'agirait donc d'une période permettant à l'enfant de devenir un adulte, d'explorer ses limites (corporelles entre autres) afin de trouver sa place dans la société.

Pour Alvin et Marcelli, « cette relative disparition des rituels d'initiation dans nos sociétés est souvent mise en rapport avec l'augmentation des conduites déviantes chez les adolescents ». ([9])

b. Sa représentation, ses implications

Pour Rigaud, il s'agit d'une période frontière durant laquelle tout est remis en question. Tout ce qui touche à l'enfant est rejeté par les pairs, les autres adolescents. « On n'ose plus faire des câlins aux parents, aux frères et sœurs. L'amour pour l'entourage doit s'exprimer autrement ou... être tu. C'est l'âge où le regard de l'autre pèse lourd ». ([15])

Il s'agit également d'une période où l'adolescent doit choisir de nouveaux objets d'amour, et doit lui aussi se choisir « en tant qu'objet d'intérêt, de respect et d'estime. La façon dont certains adolescents maltraitent leur corps est un signe parmi d'autres de leurs difficultés narcissiques. » ([25])

Pour Marcelli et Braconnier, l'adolescent met en place des moyens de défense comme réponse à une excitation pulsionnelle importante. Un de ces moyens de défense étant l'intellectualisation et l'ascétisme, poussés jusqu'à la caricature dans l'anorexie mentale. ([25])

c. Particularités de l'adolescence chez la jeune fille

A la puberté, le corps se transforme. Il peut déstabiliser l'adolescent qui perd ses repères. Ces métamorphoses sont sources d'angoisses et de remaniements psychiques. Un nouveau corps sexué est à investir. Or, ce corps change beaucoup plus chez la fille que chez le garçon. « Pour une taille équivalente, elle prend plus de poids et de tissu adipeux. Elle en a besoin pour acquérir les caractéristiques qui feront d'elle une femme. Elle ne sera plus –et c'est heureux- une petite fille filiforme. La femme a besoin d'un certain poids de tissu adipeux pour rendre matures (et donc efficaces) ses hormones féminines. En dessous de ce poids, la puberté est retardée, la production des hormones féminines se tarit. » ([15])

De plus, la répartition du tissu adipeux se modifie chez la fille. Distribué harmonieusement sur l'ensemble du corps pendant l'enfance, il se localise à l'adolescence au niveau des fesses, du ventre et des cuisses. Ce sont les hormones féminines qui modifient cette répartition.

La petite fille se transforme donc en femme, comme sa propre mère, et acquiert la capacité de devenir mère à son tour. Son corps, par les modifications de ses formes, puis l'arrivée des règles souligne sa fonction.

A l'heure d'entrer dans le monde des adultes, l'adolescente est confrontée à l'image qu'elle a d'elle-même, à l'image de la femme qu'elle voudrait devenir, et à celle que sa mère a fantasmé.

De plus la fille a, dans notre société, un vrai problème à résoudre. Elle doit devenir une femme séduisante, dynamique, maîtrisant totalement son corps et son avenir, parfaite professionnelle et mère de famille idéale. ([15])

Pour Brusset enfin, à la puberté, l'adolescente suscite des regards qui peuvent lui paraître intrusifs. Elle est « exposée aux regards lubriques, sujette à la menstruation, destinée à être pénétrée au cours des étreintes sexuelles, envahie par le fœtus, sucée par l'enfant. » ([26])

2. L'adolescent et son corps

Dans la majorité des cas, le corps de l'enfant est silencieux. Brusquement, à l'adolescence, il fait « du bruit ».

L'image du corps est bouleversée à plusieurs niveaux :
Comme repère spatial d'abord : le corps se transforme rapidement, et avec lui son mode de référence par rapport à l'environnement.
Comme représentant symbolique ensuite : il est un moyen d'expression symbolique de ses conflits et de ses modes relationnels. ([11])

L'adolescent va utiliser son corps comme moyen privilégié d'expression, s'en servir pour marquer son appartenance à un groupe, ou au contraire se mettre en retrait.

Pour Marcelli, « une des caractéristiques de l'adolescent est de se servir du corps et des conduites dites somatiques comme mode d'expression de ses difficultés. »
« D'une manière générale les conduites centrées sur le corps nous semblent avoir pour première particularité de mettre en question la définition d'un corps sexué : l'adolescent utilise son corps physique, ses besoins physiologiques, en particulier alimentaires ou de sommeil pour maintenir à distance la sexualité et les besoins qu'elle induit dans le corps. » ([11])

3. L'image du corps dans l'anorexie mentale

a. Dismorphophobie et dysperception de l'image du corps

La dysmorphophobie et la dysperception de l'image du corps sont des signes pathognomoniques de l'anorexie mentale.

Pour H. Bruch, l'origine de ces troubles serait liée à une méconnaissance des besoins du corps et à un trouble secondaire de la perception de l'image du corps. Le nourrisson aurait reçu de sa mère des réponses inadaptées à ses diverses demandes. Ces apprentissages précoces trompeurs ne permettraient pas au nourrisson, puis à l'enfant et l'adolescent de reconnaître les besoins de son corps propre. L'enfant apprendrait à répondre exclusivement aux sensations et aux besoins corporels de sa mère et non aux siens. ([11])

Pour Brusset, « plutôt qu'une distorsion objectivable de l'image du corps, il s'agit de la dépréciation corporelle, de la faible estime de soi et de l'effet des attitudes de déni. » ([26])

Il est intéressant de noter que si elles ne reconnaissent pas la réalité de leur corps, sa maigreur, et se voient « grosses et difformes », elles l'appréhendent souvent mieux devant une photo, un film, que face à un miroir.
S'agit-il alors d'une vision délirante de l'image de leur corps, ou d'un déni de son état ?

La dysmorphophobie est le plus souvent localisée à une partie du corps. Il s'agit généralement des formes qui se modifient à la puberté (l'abdomen, les fesses ou les cuisses), la plus fréquente étant la dysmorphophobie du gros ventre. ([19 ; 37])
L'anorexique va vouloir « gommer » ce défaut et refuser de prendre du poids au-delà d'une limite qui le fera réapparaître.

Tout en rejetant leur corps, on voit ces jeunes filles fascinées par certaines caractéristiques liées à leur maigreur : elles contemplent la saillie de leurs os, de leurs veines. Certaines les exhibent, les touchent avec fascination.

b. La maltraitance du corps

L'hyperactivité est une autre des caractéristiques de l'anorexie mentale.

Cette activité peut confiner à un ascétisme accompagné d'une quasi-maltraitance physique: exposition au froid, réduction du sommeil, bains froids, privations diverses... Il s'agit d'un ascétisme poussé à l'extrême. Une recherche des limites de leur corps et de sa maîtrise, afin de se sentir toute puissante. Dans la recherche de ses limites, y aurait-il une recherche de la souffrance, afin de mieux ressentir leur corps, dont elles n'ont pas appris à reconnaître les besoins ?

Pour Brusset, l'hyperactivité motrice est un moyen de décharger les excitations, dont celles de la faim, sur un mode admissible. ([26])

c. Refus d'un corps sexué

Il implique plusieurs aspects :
Le refus de la séduction, de la sexualité, et celui plus global de devenir une femme, une mère potentielle.

L'un des grands axes de compréhension issu du symposium de Göttingen (1965) suppose que l'anorexie mentale exprime une incapacité d'assumer le rôle sexuel génital et d'intégrer les transformations de la puberté.

Jeammet observe que chez les anorexiques la vie sexuelle est inexistante ou « pour faire comme les autres », mais sans aucun plaisir, voire parfois un certain dégoût. La sexualité est refoulée.

De même pour Brusset, « la sexualité génitale, comme les changements corporels de la puberté, génèrent gêne et angoisse. L'amaigrissement vise à les faire disparaître comme pour retrouver le corps d'avant la puberté d'un genre plus neutre. » ([26])

Un des sentiments de la jeune fille anorexique est la peur, l'angoisse que génère la vue de son corps qui se transforme. Par son amaigrissement, elle suspend le fonctionnement hormonal, elle efface les formes qui font d'elle une femme à part entière : une femme sexuellement active, désirable, une mère potentielle. Le désir de retrouver un corps prépubertaire est parfois directement exprimé.

d. Le refus de devenir adulte

C'est l'hypothèse que défend Buvat : le besoin fondamental d'être maigre traduit – au moins chez les femmes – la détresse d'une personnalité mal préparée à une vie adulte autonome et responsabilisée. ([37])

Pour lui, l'anorexie est la manifestation de la crainte de devenir adulte, conçue en tant qu'autonomisation, prise de responsabilités, éloignement de la zone parentale. On note ne effet chez ces patiente une grande dépendance par rapport à la famille, et particulièrement à la mère. La pathologie entraîne une maigreur et une fragilité favorisant les attitudes de protection de la part de l'entourage. Elles reviennent à un statut d'enfant protégé.

CONCLUSION

L'anorexie mentale est une pathologie qui touche de plus en plus en plus d'adolescents. Pourtant, la prise en charge de ces patients reste un problème tant pour les parents que pour les médecins généralistes.

Les familles pâtissent en effet à la fois d'une surinformation de la part des médias, et d'un manque d'informations en ce qui concerne la prise en charge de la pathologie.

Divers praticiens se réclament de traiter ces patients, tels que : psychiatres ; endocrinologues ; pédiatres, pour les adolescents de moins de 15 ans ; nutritionnistes ; gastro-entérologues. Devant un tel choix, la famille ne sait pas où s'adresser, et se tourne tout naturellement vers son médecin traitant.

D'où l'importance du rôle que va jouer ce praticien. Or, rien dans sa formation ne l'a préparé à dépister, puis s'occuper de ce type de patients.

Il conviendrait donc de façon urgente de pouvoir les sensibiliser et les former au dépistage précoce et à la prise en charge des troubles du comportement alimentaire. Ce dépistage pourrait se faire par quelques questions clés posées lors de l'examen médical sportif annuel.

Mais cet objectif est-il réalisable au vu de l'évolution démographique médicale actuelle et du manque de disponibilité des médecins généralistes qu'elle entraîne ?

Il conviendrait également de clarifier les réseaux de soins qui, dans l'état actuel, ne facilitent pas le travail des médecins généralistes qui veulent orienter leurs patients. Les structures adaptées sont peu nombreuses et leur délai de rendez-vous longs.

Les conséquences physiques et physiologiques, potentiellement graves à court et à long terme, nous prouvent qu'une approche somatique et nutritionnelle est indispensable, tant pour éviter ou minimiser certaines complications que pour sortir le patient du processus anorectique. Elle pourra alors entamer une thérapie.

On a vu en effet, que la prise en charge psychologique était indispensable au traitement de la maladie à long terme.

C'est pourquoi, l'alliance des somaticiens et des psychiatres joue un rôle majeur dans la prise en charge de l'anorexie mentale, aucune thérapie appliquée isolément ne saurait être réellement efficace.

Il conviendrait donc de développer des réseaux de soins pluridisciplinaires où les patients souffrant d'anorexie mentale pourraient être pris en charge de façon globale, dans un même lieu.

ANNEXES

Annexe I : Tableau récapitulatif : Données cliniques à l'entrée

	Âge (ans)	Poids (kg)	Taille (M)	IMC	Aménorrhée	Fréquence cardiaque (batt./mn)	TA (mm hg)	T° (°C)	Signe physiques particuliers	Troubles psychologiques
Adèle	16	29,95	1,60	11,1	primaire	28	108/75	33°2	Souffle systolique Extrémités froides Pli cutané	
Alice	15	29	1,58	11,6	secondaire	64	80/56	36°8	Hypertrichose Livedo Extrémités froides	
Claire	15	43	1,54	16	secondaire	?	102/70	37°		
Karine	14,5	28	1,54	11,6	primaire	80	103/67		pulpite	
Elise	12	24,4	1,37	13	?	?	?	?		Sd anxio dépressif TOC
Elodie	11	24	1,41	12,07	primaire	75	80/60		Hypertrophie parotidienne Hypertrichose OMI	Vomissements
Laura	10,5	20,3	1,33	11,6	primaire	78	100/57	36°3		
Maëlle	9	21,8	1,24	14,1	primaire	?	?	?		
Mathilde	12	26,9	1,37	14,3	primaire	?	?	?		Phobies Rituels Anxiété +++
Sarah	15,5	36,7	1,61	14	secondaire	43	97/69	35°1	Bradycardies nocturnes	Troubles narcissiques de la personnalité Anxiété +++
Valentine	13,5	28,5	1,43	13,9	secondaire	50	?	35°5	Steppage, ROT diminuées Engelures Irritation point d'appui	Anxiété+++

									lominaire	
--	--	--	--	--	--	--	--	--	-----------	--

Annexe II : Résultats des équipes psychiatriques recensées par Hsu en 1996 : ([2])

Auteurs	Année	Retrouvés	Garçons	Âge	Durée	Décès	Bon devenir	Intermédiaire	Mauvaise évolution
Bryant-Waught	1988	68,1%	23%	11,7	8,9	6%	58%	6%	29%
Bryant-Waught	1996	81,8%	27%	12,1	5,5	0	56%	28%	17%
Higgs	1989	85,1%	30%	8 à 16	7,3	0	30%	30%	39%
Gillberg	1994	98%	16%	14,3	6,7	0	47%	39%	14%
Smith	1993	67,6%	0	15,5	6,6	0			43% TCA
Steinhausen	1993	100%	0	?	4 à 8	0			35% TCA

Annexe III : Résultats des études de pédopsychiatrie ([2])

Pays	Angle-terre	Angle-terre	Irlande	France	Alle-magne	Suède	USA	Espagne	Angle-terre
Nombre de patients inclus	21	21	15	129	39	51	95	53	75
Nombre de patients Au follow-up	85%		100%	88%	88%		90%	90%	96%
Âge moyen à l'admission	11,5 ans	15 ans	12,3 ans	16 ans	16,2 ans	16 ans	12 ans	14,6 ans	15,2 ans
Âge de début	11,5 ans	14,1 ans	11,9 ans						14,9 ans
Durée du follow-up	8,7 ans	4 ans ou plus	5,6 ans	11,7 ans	3 ans 7 ans	5 ans	10-15 ans	8,1 ans	2-7 ans
Bonne évolution selon GCS	50%	50%	46,6%	54% échelle #	44% 58%	41%	75,8% échelle #	85,4%	45,3%
Evolution intermédiaire	33%	19%	26,6%		33% 21%	35%	10,5%	8,3%	30,7%
Mauvaise évolution	17%	19%	26,6%		23% 21%	24%	13,7%	8,3%	20% (2% décès)

Annexe IV : Résultats des équipes de médecine de l'adolescent : ([2])

	Nussbaum 1985	Kreipe 1989	Steiner 1990	Kreipe 1996
Nombre de	63	49		38

patients				
Taux de réponse		89%		92%
Recul moyen pour follow-up	27 mois	80 mois	32 mois	69,5 ans
Âge pendant traitement	10-22 ans	16 ans (9 à 22)		16,5 ans
Âge moyen au follow-up		22,7 ans		22,5 ans
Poids au départ en % du poids idéal	41,8%	72,1%	80%	81%
Poids au follow-up en % du poids idéal	92%	96,1%	93%	97,9%
Retour des menstruations	84%	80%		94%
Bonne évolution selon GCS	72%	86%	71%	88%

BIBLIOGRAPHIE

CORCOS M., BOCHEREAU D., JEAMMET P. *Anorexie et Boulimie de l'adolescence*. Monographie revue du praticien, 2000, 50, p.489-494.

BEAUQUIER-MACOTTA B. *Le devenir des adolescentes anorexiques*. Revue de la littérature. Francopsy, Mars 2001, N°3.

VIDAILHET C., MORALI A., REICHENBACH S., KABUTH B., VIDAILHET L.- *Prise en charge collaborative des anorexies mentales dans le cadre d'un hopital d'enfants*. Ann Pédiatr (Paris), 1996, 43, n°3, 183-189.

PAPET N., LAFAY N., MANZANERA C., SENON J.L. *Troubles des conduites alimentaires* Q42.

BAILLY D., DE CHOULY DE LENCLAVE M.B., DHAUSSY S., BAERT F., TURK D. *La phobie de déglutition chez l'enfant : un diagnostic différentiel de l'anorexie mentale*. Arch. Pédiatr. 2003 Apr ; 10(4) : 337-9.

BLANCHET C., LUTON J.P. *Anorexie mentale et maladie de Crohn : intrications et difficultés diagnostiques*.- Presse Med. 2002 Feb 23 ;31(7) : 312-5.

DE TOURNEMIRE R., ALVIN P. *Anorexie mentale et dénutrition grave : comment assurer la prise en charge nutritionnelle en milieu pédiatrique*. Arch. Pédiatr. 2002 Apr ; 9(4) : 429-33.

KESTEMBERG E. & J., DECOBERT S. *La faim et le corps, une étude psychanalytique de l'anorexie mentale*. Ed. Le fil rouge- PUF, 1972.

ALVIN P., MARCELLI D. *Médecine de l'adolescent pour le praticien*. Masson, 2000.

GUILLEMOT A., LAXENAIRE M. *Anorexie mentale et boulimie, le poids de la culture*. Paris, Masson 2000, 2° éd.

MARCELLI D. *Adolescence et psychopathologie*. Masson, 2004.

La jeune fille et la mort : soigner les anorexies graves. 2°éd rev. et augm. Erès, Arcanes, 2002.

ALVIN P. *Médecine de l'adolescent*. 2°éd. Masson , 2005.

ROME E.S., ROSEN D.S., LOCK J. & al. *Children and adolescents with eating disorders : the state of the art*. Pediatrics vol.111 No 1 January 2003, pp.e98-e108.

RIGAUD D. *Anorexie, boulimie et autres troubles du comportement alimentaire*. Les essentiels, Milan, Mars 2002.

JEAMMET P. *L'anorexie mentale*. Encycl Méd. Chir., Paris, Psychiatrie, 37350 A10 et A15, 2-1984.

GOLDEN N.H., LANZKOWSKY L., SCHEBENDACH J. & al. *The effect of estrogen-progestin treatment on bone mineral density in Anorexia Nervosa*. J Pediatr Adolesc Gynecol (2002) 15: 135-143.

FRAISSE F. *Le syndrome anorexie, aménorrhée et ostéoporose chez l'adolescente sportive*. Arch Pédiatr. 2003 May ; 10 Suppl 1 : 209s-210s.

SIBERTIN-BLANC D. *Anorexie mentale et boulimie de l'adolescence*. La revue du praticien, Paris, 1996, 46. p.2255-2264.

DUPUIS G., VENISSE J-L. *Anorexie mentale et boulimie de l'adolescence*. La Revue du praticien, Paris, 1999, 49. p.1591-1597.

GUY-GRAND B., LE BARZIC M. *Les trois fonctions du comportement alimentaire (nutritionnelle, symbolique et sociale)*. La revue du praticien 2000, 50, p.480-483.

BASDEVANT A. *Analyse clinique du comportement alimentaire*. La revue du praticien, 2000, 50, p.484-488.

ROMON M. *La restriction cognitive*. La revue du praticien, 2000, 50, p.495-497.

ZIEGLER O. *Comportements alimentaires et ses désordres*. La revue du praticien, 2000, 50, p.521-525.

MARCELLI D., BRACONNIER A. *Psychopathologie de l'adolescent*. Masson, 3^e éd.

BRUSSET B. *Psychopathologie de l'anorexie mentale*. Dunod, Paris, 1998.

MISRA M., AGGARWAL A., MILLER K. & al. *Effects of anorexia nervosa on clinical, hematologic, biochemical, and bone density parameters in community-dwelling adolescent girls*. Pediatrics vol.114 N°6 December 2004.

CHAMBRY J., CORCOS M., GUILBAUD M., JEAMMET P. *L'anorexie mentale masculine : réalités et perspectives*. Ann. Med. Interne, 2002; 153, suppl.au n°3; pp. 1S61-1S67.

WOOSIDE D.B., GARFINKEL P.E., LIN E., GOERING P., KAPLAN A.S., GOLDBLOOM D.S., KENNEDY S.H. *Comparison of men with full or partial eating disorders and women with eating disorders in the community*. Am J Psychiatr, 2001: 158:570-4.

GODART N., PERDEREAU F., FLAMENT M., JEAMMET P. *La famille des patients souffrant d'anorexie mentale ou de boulimie*. Ann. Med. Interne, 2002, 153, n°6, pp. 369-372.

BERTHOZ S., RINGUENET D., CORCOS M., MARTINOT J.L., JEAMMET P. *Imagerie cérébrale et troubles des comportements alimentaires*. Ann. Med. Interne, 2002, 153, suppl. au n°7, pp.2S62-2S72.

RIGAUD D., MELCHIOR J.C., APFELBAUM M. *L'assistance nutritive dans l'anorexie mentale*. Cah. Nutr. Diét., XXIV, 2, 1989.

RIGAUD D. *L'anorexie mentale : un modèle de dénutrition par carence d'apport*. Ann. Med. Interne, 2000, 151, N°7, pp.549-555.

VIDAILHET M. *Vitamines et anorexie mentale*. Ann. Biol. Clin. (Paris). 2002 Juil- Août ; 60(4) : 443-50.

RIGAUD D., HASSID J., MEULEMENS A., POUPARD A.T., BOULIER A. *A paradoxical increase in resting energy expenditure in malnourished patients near death: the king penguin syndrome*. Am J Clin Nutr 2000 ; 72 :355-60.

RIGAUD D., MOUKADDEM M., COHEN B., MALON D., REVEILLARD V., MIGNON M. *Refeeding improves muscle performance without normalization of muscle mass and oxygen consumption in anorexia nervosa patients*. Am J Clin Nutr 1997 ; 65 :1845-51.

BUVAT J., BUVAT-HERBAUT M. *Dysperception de l'image corporelle et dysmorphophobies dans l'anorexie mentale*. Ann. Med.-Psychol., 1978, 136, n°4, 547 à 592.

JEAMMET P., JAYLE D., TERRASSE-BRECHON G., GORGE A. *Le devenir de l'anorexie mentale*. Neuropsychiatrie de l'enfance, 1984, 32 (2-3), 97-113.

RIGAUD D., APFELBAUM M. *Anorexie mentale : approche physio-pathologique et traitement*. – Cah. Nutr. Diét., XXVIII, 3, 1993.

BUVAT J., BUVAT-HERBAUT M. *La sexualité de l'anorectique mental(e) : vers une nouvelle conception pathogénique de cette affection*. La nouvelle presse médicale, 12 Mars 1977, 6, n°10.

JEAMMET P. *Le devenir de l'anorexie mentale : une étude prospective de 129 patients évalués au moins 4 ans après leur première admission*. Psych. Enfant, 1991, 31, 381-442.

GODART M., PERDEREAU F., GALES O., AGMAN G., DEBORDE A-S., JEAMMET P. *Le contrat de poids lors d'une hospitalisation pour anorexie mentale*. Archives de pédiatrie 12 (2005) 1544-1550.

BARBOUCHE M.R., LEVY-SOUSSAN P., CORCOS M., POIRIER M.F., BOURDEL M.C., JEAMMET P., AVRAMEAS M. *Anorexia nervosa and lower vulnerability to infections*. Am. J. Psychiatry, 1993 Jan. ; 150(1) :169-170.

MURCIANO D., RIGAUD D., PINGLETON S., ARMENGAUD M.H., MELCHIOR J.C., AUBIER M. *Diaphragmatic function in severely malnourished patients with anorexia nervosa. Effects of renutrition*. AM. J. Respir. Crit. Care. Med. 1994 Dec. ; 150(6 Pt 1) :1569-1574.

JEAMMET P., HURVY D., RABREAU J.P., PIQUARD-GAUVA D., FLAVIGNY H. *Anorexie mentale et retard de croissance*. Neuropsychiatrie de l'enfance, 1984, 32 (5-6), 221-239.

CZERNICHOW P. *Etude endocrinienne du retard de croissance au cours de l'anorexie mentale*. Neuropsychiatrie de l'enfance, 1984, 32 (5-6), 241-243.

HIRAKAWA M., OKADA T., LIDA M. & al. *Small bowel transit time measured by hydrogen breath test in patients with anorexia nervosa*. Dig dis Sci 1990 ; 35 :733-6.

« Science et vie » n°1059 ; Décembre 2005. *Boulimie et anorexie ont peut-être trouvé une explication*. p. 46.

APFELDORFER G. *Je mange donc je suis*. Payot ; janvier 2002.

ALVIN P. *Médecine de l'adolescent*. 2° édition Masson, 2005.

VENISSE J.L., BAILLY D. *Addictions quels soins*. Paris, Milan, Barcelone. Masson, 1997.

SAMUEL-LAJEUNESSE B., FOULON C. *Les conduites alimentaires*. Paris, Milan, Barcelone. Masson, 1994.

RAIMBAULT G., ELIACHEF C. *Les indomptables*. Paris, Ed. O. Jacob, 2001.

STEPHAN P. *Au cœur de l'âme et du corps : un miroir, l'émotion : regard porté sur l'anorexie mentale*.- Thèse médecine Nantes, 1996. Qualification en psychiatrie.

HABIBOU-JANSEN V. *L'image du corps chez la femme enceinte : à propos d'une enquête transversale réalisées auprès de 120 femmes enceintes suivies au CHU de Nantes*. Thèse médecine Nantes, 1995. Qualification en psychiatrie.

C. Desnos – A... comme anorexiques : F... comme frôler la mort irrésistiblement. Maîtrise en psychologie clinique et pathologique, Nantes, 1992.

CADIET L. *Clinique anthropologique du syndrome d'anorexie mentale*. Thèse médecine Nantes, 1997. Qualification en psychiatrie.

ROLLAND A., PIRARD R. *Un corps dans tous ses états : essai d'analyse d'une femme présentant des traits hystériques, hypochondriaques, et une anorexie mentale*. Maîtrise de psychologie clinique et pathologique, Nantes, 2001.

LAURENT A. *L'anorexie mentale*. Corpus médical, 1998. Disponible sur <http://www-sante.ujf-grenoble.fr/sante/corpmcd/Corpus/corpus/question/pedi258.htm>

SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE (SCP). COMITÉ DE LA MÉDECINE DE L'ADOLESCENCE. *Les troubles de l'alimentation chez les adolescents : les principes de diagnostic et de traitement*. Paediatrics and Child Health 1998 ; 3(3) : 193-6.

KAPLAN D.W., BLYTHE M., DIAZ A. & al. Committee on Adolescence. *Identifying and treating eating disorders*. Pediatrics Vol. 111 No. 1 January 2003, pp. 204-211.

Sémiologie des troubles du comportement alimentaire de l'adulte. Cah. Nutr. Diet., 36, hors série 1, 2001.

NOM : CAMION-MENANT PRENOM : Sigrid

Titre de Thèse : ANOREXIE MENTALE DE L'ADOLESCENTE : INTÉRÊT DE L'APPROCHE SOMATIQUE

RESUMÉ

D'après le parcours de onze adolescentes dans le service de pédiatrie du CHU de Nantes, nous avons tenté de montrer l'intérêt de l'approche somatique dans le traitement de l'Anorexie Mentale. Ses multiples complications, potentiellement graves à long terme et parfois mortelles, justifient à elles seules une prise en charge nutritionnelle rapide. De plus, la reprise pondérale permettra un traitement psychologique plus efficace et indispensable à long terme. La collaboration des médecins somaticiens et psychiatres s'avère donc être un atout dans son traitement.

Par ailleurs, le médecin de famille joue un rôle de première ligne dans le dépistage de l'Anorexie Mentale. Ainsi, il convient de les sensibiliser et de les former au suivi de cette pathologie complexe, et plus largement aux troubles du comportement alimentaire, afin qu'ils puissent à la fois dépister précocement ces adolescents en souffrance et les soutenir tout au long de leur parcours.

Egalement, le développement de centres pluridisciplinaires serait une avancée dans la prise en charge de l'Anorexie mentale, en centralisant tous les acteurs nécessaires au traitement d'une pathologie multifactorielle. Les réseaux de soins en seraient clarifiés.

MOTS-CLES

Adolescence, Anorexie mentale, Prise en charge, Complications.