

C. Stheneur

AP-HP, Service de pédiatrie, Hôpital Ambroise Paré, 92100 Boulogne

## Amaigrissement dans le cadre d'une anorexie mentale (1)

- Examen clinique
- Bilan biologique : NFS, CRP, VS, urée, créatinine, ionogramme, glycémie, phosphorémie, magnésémie, BU, T4, TSH (2)

Éliminer une étiologie organique

### Signes de gravité (3) :

- Amaigrissement rapide
- Aphagie, adipsie
- Dénutrition sévère : BMI < 3<sup>e</sup> percentile
- FC < 40/mn TAs < 80 T° < 35,5 œdèmes, purpura, malaises, ralentissement psychomoteur
- Troubles métaboliques : hypoglycémie, hypo ou hyper natrémie, hypokaliémie, acétonurie

Oui

Hospitalisation

Non

Échec

### Compléter le bilan

- SGOT, SGPT, TP, TCA, amylase, lipase
- ECG (espace QTc)
- ± échographie cardiaque

- Prise en charge ambulatoire
- Surveillance clinique en fonction du poids
- Surveillance biologique si aggravation ou / 3 mois si stagnation
- Surveillance de la croissance

Succès

### Défaillance viscérale (4)

Oui

Non

### Réanimation ?

Repos au lit. Limiter les voies d'abord  
Renutrition entérale avec apport de phosphore, ± Magnésium, vitamine B, zinc, folates (5)  
Surveillance ionogramme et phosphorémie/jour ou/2 jours

Surveillance ± renutrition  
Supplémenter en phosphore  
Bilan biologique/semaine puis espacer

### ■ Abréviations

- BMI : Indice de masse corporelle
- BU : Bandelette urinaire
- CRP : C-Réactive Protéine
- ECG : Électrocardiogramme
- FC : Fréquence cardiaque
- NFS : Numérotation formule sanguine
- SGOT : Serum glutamic oxaloacetic transaminase
- SGPT : Transaminase glutamique pyruvique
- T4 : Tétraiodotyronine
- TAs : Tension artérielle systolique
- TCA : Temps de céphaline activée
- TP : Taux de prothrombine
- TSH : Thyroid stimulating hormone
- VS : Vitesse de sédimentation

## ■ Arbre décisionnel-Commentaires

(1) **Diagnostic** effectué dans le cadre d'une consultation de médecine somatique (médecine générale, pédiatrie, endocrinologie...), en accord avec l'équipe de psychiatrie, sur des critères objectifs : amaigrissement, tri alimentaire, déni de l'amaigrissement, dysmorphophobie, ± hyperactivité, absence de symptômes évoquant une pathologie organique : maladie inflammatoire du tube digestif, hyperthyroïdie, tumeur cérébrale.

### (2) Bilan biologique :

- élimine une cause organique : CRP, VS, T4, TSH ;
- recherche des complications biologiques :
  - hypoplasie médullaire par envahissement de la moelle par une substance gélatineuse amorphe ;
  - ionogramme sanguin : perturbations liées à une potomanie, à des vomissements ou à la prise de laxatifs (rare en pédiatrie) ;
  - urée, créatinine : insuffisance rénale fonctionnelle fréquente ;
  - glycémie : hypoglycémies asymptomatiques ou pouvant être

responsables de comas ou convulsions ;

- phosphorémie : souvent normale avant renutrition, l'hypophosphorémie fait partie du syndrome de renutrition inapproprié ;
- magnésémie : déficit courant favorisant les troubles du rythme cardiaque ;
- BU : l'acétonurie est un facteur de gravité car signant une réduction drastique de l'alimentation.

(3) **Signes de gravité** : les signes de gravité sont, en premier lieu, cliniques. Les perturbations biologiques arrivent dans un deuxième temps. Ces signes dépendent de la rapidité de l'amaigrissement. Un amaigrissement rapide même peu important peut être mal toléré alors qu'un BMI très bas mais ancien peut être à moindre risque immédiat.

### (4) Les défaillances viscérales :

- insuffisance hépatique avec perturbations de l'hémostase ;

- pancréatite aiguë ne contre indiquant pas la renutrition entérale ;
- diminution de la masse musculaire cardiaque avec prolapsus valvulaire mitral, épanchement péricardique. Le trouble du rythme cardiaque est d'autant plus probable que l'espace QT est long et qu'il existe des perturbations biologiques.

(5) **La renutrition** : les apports initiaux recommandés sont de 10 à 20 kcal/kg/j à augmenter progressivement tous les 3 à 4 jours pour une prise de poids de 150 à 300 g/j. Une supplémentation en phosphore est obligatoire : 30 à 60 mg/j en 3 prises adaptées aux résultats des dosages biologiques. Une phosphorémie inférieure à 0,8 mmol/l est dite à risque, inférieure à 0,38 mmol/l, elle est considérée comme sévère et nécessite une supplémentation parentérale. La magnésémie doit être contrôlée régulièrement. Des apports en vitamines, folates et oligo-éléments (100 mg de gluconate de zinc/j) sont recommandés par certains.

## ■ Références

De Tournemire R, Alvin P. Anorexie mentale et dénutrition grave : comment assurer la prise en charge nutritionnelle en milieu pédiatrique. Arch Pediatr 2002;9:429-33.

Mallet E. Management of acute hypophosphatemia. Arch Pediatr 2006;13:525-7.

\* Auteur correspondant.  
Adresse e-mail : chantal.stheneur@apr.aphp.fr (C. Stheneur).