



Cas clinique n°1

Elaboration : P Ritz

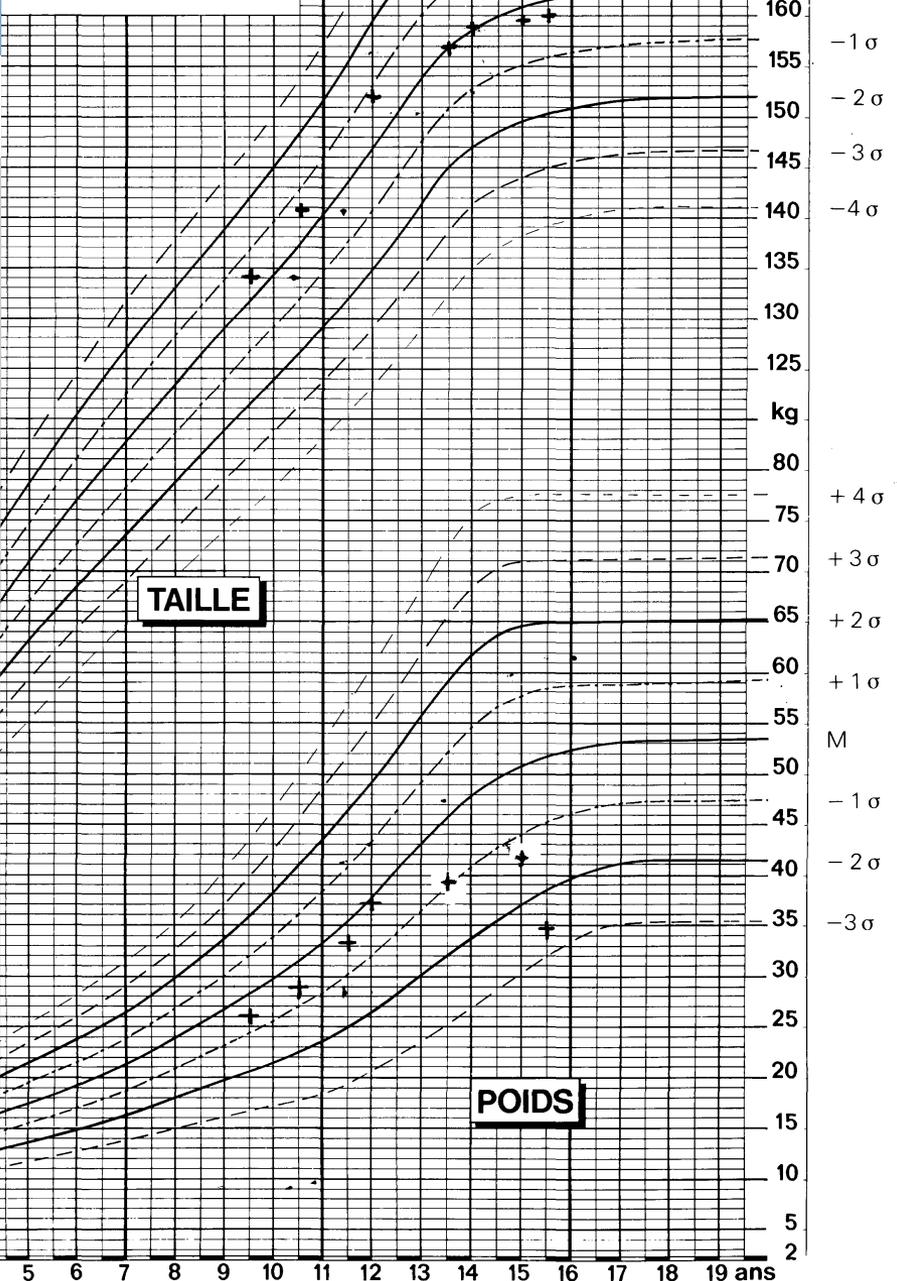
Animateur : SM Schneider

Somaticiens : P Crenn, P Déchelotte, JC Desport, D Rigaud

Psychiatres : F Galinon, Y Simon

- **Zoe est une jeune fille de 15 ans 6 mois, en classe de 3ème, toujours bonne élève, méticuleuse, très sportive, ancienne danseuse. Elle pratique la compétition en natation, escalade, et athlétisme. Elle a une vie sociale normale (amis au sport).**
- **Elle a pour antécédents une allergie aux acariens et dans sa famille une obésité chez le grand-père paternel, pas de trouble du comportement alimentaire familial. Sa petite sœur 12 ans a un syndrome de Turner (45X0). Son père est professeur de gymnastique, sa mère est professeur des écoles.**

Courbes de croissance



- **Son poids maximum était de 41,8 kg, pour une taille de 1,60 m, IMC 16,3 kg/m² (à 15 ans). Elle dit perdre du poids depuis le début de cette année : 35,5 kg (perte de 6,3 kg ; 15%).**
- **L'interrogatoire alimentaire confirme la restriction calorique et l'éviction des féculents et des lipides. Elle n'a pas envie de manger. Elle se plaint de douleurs abdominales quand elle se force à manger.**
- **Elle a constaté une moindre performance physique, qu'elle ne comprend pas. Elle ne se trouve pas trop grosse et voudrait reprendre du poids.**

- Elle a été réglée une fois à l'âge de 13 ans ; n'est pas réglée depuis. Elle n'est pas enceinte (béta HCG négatif). Elle n'est pas fatiguée. Son allure est réservée et triste.
- L'examen clinique montre un lanugo, des extrémités froides, des cheveux et ongles cassants, une acrocyanose, une aménorrhée, une constipation, des ballonnements gastriques, une frilosité et une amyotrophie. Il n'y a pas d'adénopathie ni d'anomalie cutanée, hépatique ou splénique. La tension est à 97/57 avec une fréquence cardiaque à 48. Les parotides ne sont pas augmentées de volume, il n'y a pas de lésion des muqueuses buccales et l'émail dentaire n'est pas altéré.

Bilan biologique

| | | Norme | | | Norme |
|-------------|------------|------------------|---------------------------------------|------------|-----------------|
| Natrémie | 138 | mM/L | CRP | 3,5 | mg/L |
| Kaliémie | 4,7 | mM/L | Albumine | 48 | g/L |
| Chlorémie | 104 | mM/L | TTR | 0,22 | g/L [0,2-0,35] |
| Réserve alc | 25 | mM/L | Hb | 13,4 | g/dL |
| Protéines | 79 | g/L | VGM | 88 | μ ³ |
| Créatinine | 67 | μM/L | Ht | 39,2 | % |
| Urée | 7,7 | mM/L [2,5-7,0] | Plaquettes | 210 | G/L |
| Calcémie | 2,46 | mM/L [2,2-2,6] | Leucocytes | 5,89 | G/L |
| Phosphore | 1,26 | mM/L [0,8-1,3] | PNN | 3,3 | G/L |
| Osmolarité | 296 | mOsm/L [290-310] | Lympho | 2,2 | G/L |
| Glycémie | 4,3 | mM/L | T3 I | 1,6 | pg/mL [2,0-4,2] |
| ASAT | 26 | U/L [<35] | T4 I | 11,0 | pg/mL [7,5-4,4] |
| ALAT | 24 | U/L [<35] | TSH | 1,1 | μU/mL [0,4-4,4] |
| Ferritine | 138 | μg/L [> 20] | Mg (P/E), B9 (P/E), B12, C, D, PTH | | normaux |
| Fer | 12,7 | μM/L [9-30] | | | |

- **Elle est hospitalisée en pédo-psychiatrie depuis deux semaines et a perdu 2,1 kg supplémentaires.**
- **On envisage alors la nutrition entérale.**

- **Possède-t-on toutes les données pour porter un diagnostic de certitude ?**
- **Devant une jeune fille avec une telle histoire, quelle doit être l'attitude thérapeutique ?**
 - Hospitalisation ?
 - En pédo-psychiatrie d'abord ? En médecine d'abord ?
 - Nutrition entérale d'emblée ?
 - Supplémentation en dehors de l'apport entéral ?
- **Que peut on attendre de la reprise de poids, au niveau somatique et au niveau psychiatrique ?**

- **La nutrition entérale est débutée à 1000 kcal/j d'un produit normoénergétique et normoprotéique.**
- **Au bout de deux jours, la patiente a pris deux kilos.**
- **Au bout de trois jours, elle présente une crise convulsive et est transférée en réanimation.**

Questions

- **Quel est votre diagnostic ?**
- **Quelles mesures préventives aurait-t-il fallu prendre au début de la nutrition entérale ?**



Cas clinique n°2

Elaboration : P Ritz

Animateur : SM Schneider

Somaticiens : P Crenn, P Déchelotte, JC Desport, D Rigaud

Psychiatres : F Galinon, Y Simon

- **Mlle AM est une femme de 30 ans.**
- **Son anorexie boulimie est connue et suivie depuis l'âge de 17 ans.**
- **Elle vivait en couple jusqu'à septembre 2010 avec un toxicomane. Elle a commencé des études d'infirmière qu'elle a interrompues et vit en appartement thérapeutique entre des séjours en psychiatrie.**
- **Le diagnostic de pathologie psychiatrique n'est pas fait de façon certaine (névrose, psychose, état limite).**

- **Son évolution pondérale sur les 5 dernières années est marqué par un poids oscillant (± 1 kg) autour de 40 kg pour une taille de 1,60, c'est à dire un IMC à 15 kg/m².**
- **En septembre, à la sortie d'un séjour en psychiatrie, elle avait pris 3 kg, perdus dans le contexte de la séparation.**
- **Les crises de boulimie sont pluri-hebdomadaires avec vomissements.**

- **Le retentissement clinique est modeste (sécheresse de la peau, cheveux fins et cassants, extrémités froides avec acrocyanose). Elle est réglée sous pilule.**
- **Le traitement est : Zyprexa[®], Adepal[®], Tardyferon[®] 80mg/j, Kaleorid[®] 4000 mg/j, Parkinane[®] 15 mg/j, Norset[®] 15 mg/j, Cacit D3[®] (1000 mg Ca, 880 UI vitamine D3).**

- **1. Une hypokaliémie (2,7 mmol/L), une chlorémie à 80 mmol/L (98-106) avec alcalose métabolique (RA 42 mmol/L) et uricémie élevée (400 micromol/L). L'ECG montre une onde U et un allongement net du QT, sans autre trouble de la repolarisation.**
- **2. Une protidémie à 76 g/L et une créatininémie à 74 μ mol/L.**
- **3. L'exploration fonctionnelle rénale montre une filtration glomérulaire normale basse (70 mL/min/1,73 m²), une kaliurèse non abaissée, une perte de bicarbonates urinaires, un hyperaldostéronisme secondaire (rénine plasmatique à deux fois la normale, avec aldostérone limite haute)**

- **4. Des concentrations en vitamines, un bilan hépatique, un bilan martial, une glycémie, un métabolisme phosphocalcique, des protéines nutritionnelles normaux.**
- **5. Une densité osseuse abaissée avec un T score à -3,3 DS en vertébral et à -2,3 DS en lombaire.**
- **6. Une masse grasse oscillant entre 1,6 et 3,8 kg.**

Question 1

- **Les vomissements et l'hypokaliémie font la gravité immédiate de la situation.**
- **Comment interpréter les données biologiques ?**
- **Comment traiter ?**
- **Comment proposer une autre stratégie de traitement de la boulimie ?**

Question 2

- **Une sonde nasogastrique pour une alimentation entérale lui a été proposée à plusieurs reprises, refusée le plus souvent.**
- **Ce poids limite est-il à respecter ou faut-il être plus « agressif » ?**
- **Dans ce cas, comment convaincre ? Peut-on avoir recours à une hospitalisation à la demande d'un tiers ?**
- **Est-il possible que l'alimentation par sonde améliore le travail psychiatrique ?**
- **Existe t-il des risques de décompensation psychiatrique ?**

Question 3

- **Quelle stratégie pour la densité osseuse ?**

Question 4

- **Comment améliorer l'efficacité de l'insertion sociale de cette jeune femme ?**
- **Quels sont les recours dans le système de soins, médico-social, associatif ?**