

Prise en charge médicale d'une anorexie mentale sévère

Objectifs éducationnels

- **Évaluation de l'état nutritionnel chez les grands dénutris**
- **Modalités de la renutrition dans les T.C.A.**
- **Troubles métaboliques dans les dénutritions extrêmes**
- **Traiter les complications de la renutrition**

Histoire clinique initiale

- Jeune homme de 23 ans adressé par son M.T. pour avis et prise en charge d'une dénutrition sévère secondaire à une anorexie mentale restrictive évoluant depuis 9 ans.
- Le jeune homme accepte une consultation, mais ne souhaite pas être hospitalisé.

Antécédents

- Obésité dans la lignée maternelle: mère (diabétique) et trois sœurs obèses
- Début des T.C.A. à 14 ans: 45 kg, 161 cm
- Pas de consommation de tabac, d'alcool, ni de drogues
- Suivi intermittent C.M.P.P.
- Plusieurs hospitalisations en psychiatrie à 35 kg, reprise de poids et amaigrissement secondaire.
- A quitté l'école en 4^{ème}, plusieurs C.E.S. comme agent hospitalier.
- S'occupe de sa grand mère handicapée.

Examen clinique initial

- T 161 cm, poids 24 kg, IMC 9.2
- PA 90/60, pouls 70/min, temp. 35.5°C
- Pas d' OMI, purpura membres inf.
- ROT abolis, R. idio-musculaires +
- RCP indifférents, pas de troubles sensitifs
- Déficit musculaire globale, ne lève pas la tête, ni les jambes, marche difficile

Tableau clinique de la dénutrition initiale



Question 1

Quel examen complémentaire vous paraît le plus important pour la prise en charge ?

- Na⁺, K⁺, Cl⁻
- Albumine
- Transaminases
- Phosphorémie
- Sélénium

Bilan biologique à J 1

- Na⁺ 136, K⁺ 4.5, Cl⁻ 96, CO₂t 27, Mg⁺ 0.7
- NFS: 9.9 g Hb, VGM 104, GB. 2300, L. 300, pl. 90 000
- Ca⁺⁺ 2mmol/l, P. 0.55 mmol/l
- Alb. 35 g/l, PréAlb. 0.062 g/l, C.R.P. 1 mg/l
- urée 8.4 mmol/l, créatinine 45 micromol/l
- ALAT 3N, ASAT 2N, TP 50%
- CD4 141 mm³ (47 %)
- CPK 174 UI/l, LDH 932 UI/L

Bilan biologique initial (suite)

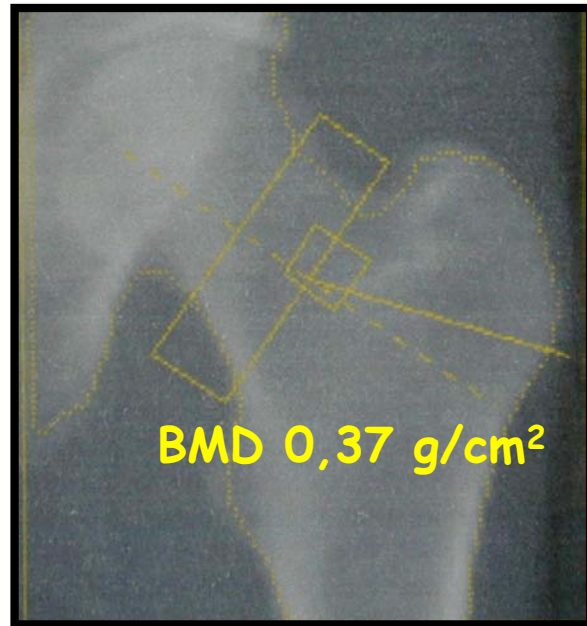
- Sérologies hépatites négatives (AC anti HBS+ vaccinaux)
- TPHA-, VDRL -, VIH -,
- Folates 20 microg/l (5-12), folates GR 440 microg/l (>200), vit B12 300 ng/l (200-500), B1 GR 195 nmol/l (126-250), carnitine 29 micromol/l (28-58)
- Fer 15.6 micromol/l (12-30), Cu 14.2 micromol/l (13-22), Se 0.85 micromol/l (0.9-1.5), Zn 12.8 micromol/l (12.5-18)

Question 2

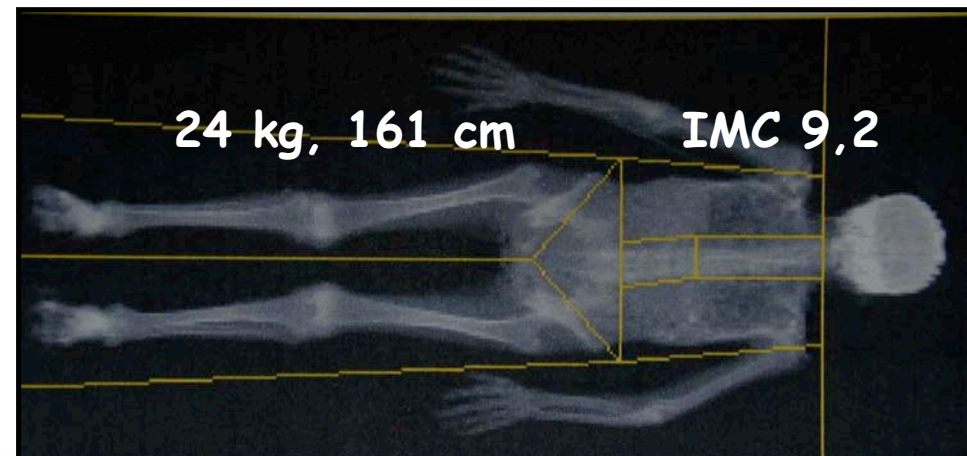
Comment évaluer l'état nutritionnel initial ?

- 1. I.M.C. seul**
- 2. Anthropométrie: plis cutanés**
- 3. Composition corporelle: impédance, DEXA**
- 4. Marqueurs plasmatiques: Alb., PréAlb, RBP**
- 5. Fonction musculaire (grip-test)**

Composition corporelle et dénutrition



DEXA:	FM 2 kg 8%	
	MM 22 kg 92%	
Impédance: (5-100 kHz)	FM 8 kg 34%	VEC/VIC 0,81
	MM 16 kg 66%	H2O totale 27 l



État nutritionnel et Index de Masse Corporelle (OMS)

< 10	dénutrition grade V
10 à 12,9	dénutrition grade IV
13 à 14,9	dénutrition grade III
15 à 16,9	dénutrition grade II
17 à 18,4	dénutrition grade I
18,5 à 24,9	Normal
25 à 29,9	surpoids
30 à 34,9	obésité grade I
35 à 39,9	obésité grade II
> 40	obésité grade III

$$3. \text{IMC} = \text{poids (kg)} / \text{taille}^2 \text{ (m)}$$

Question 3

Que proposez vous à ce malade à l'issue de cette consultation ?

- 1. Complémentation orale et suivi ambulatoire somatique et psychiatrique**
- 2. Hospitalisation et nutrition orale + compl.orale**
- 3. Hospitalisation et Nutrition entérale**
- 4. Hospitalisation et Nutrition parentérale**
- 5. H.D.T. en psychiatrie**

Prise en charge initiale

- Le patient refuse l'hospitalisation mais pas le suivi ambulatoire
- Le discours reste pauvre, peu argumenté...
- Après une longue discussion centrée sur le risque vital, une hospitalisation est finalement acceptée pour quelques jours
- Une nutrition entérale est consentie par le patient de « façon temporaire » à la condition « d'une prise de poids modérée »
- L'alimentation orale est initialement « suspendue »

Question 4

Quels apports énergétiques initial proposez-vous à J1 ?

1. 10 kcal/kg.j
2. 20 kcal/kg.j
3. 35 kcal/kg.j
4. 50 kcal/kg.j
5. je ne sais pas

Question 5

Quel apport protéique proposez-vous ?

1. 1 g/kg.j
2. 1.5 g/kg.j
3. 2 g/kg.j
4. 3 g/kg.j
5. je ne sais pas

Question 6

Quel type de produit préconisez vous ?

- 1. polymérique standard**
- 2. polymérique hyper calorique**
- 3. polymérique hyper protidique**
- 4. polymérique avec fibres**
- 5. semi élémentaire**

Nutrition entérale débutée le premier jour à 500 kcal/j en continu avec un mélange polymérique normoprotéique (15%)

à J3

- tétraplégie progressive: ne soulève plus la main, ne tient plus une cuillère
- se plaint de troubles sensitifs diffus mal définis
- polypnée superficielle
- rétention d'urine

Bilan à J3

- **Examen clinique:**

PA 70/50, pouls 110/min, température 36.5°C
poids 25 kg, discrets O.M.I.

auscultation cardiaque: galop gauche, R.H.J.

auscultation pulmonaire normale, sat 92%,

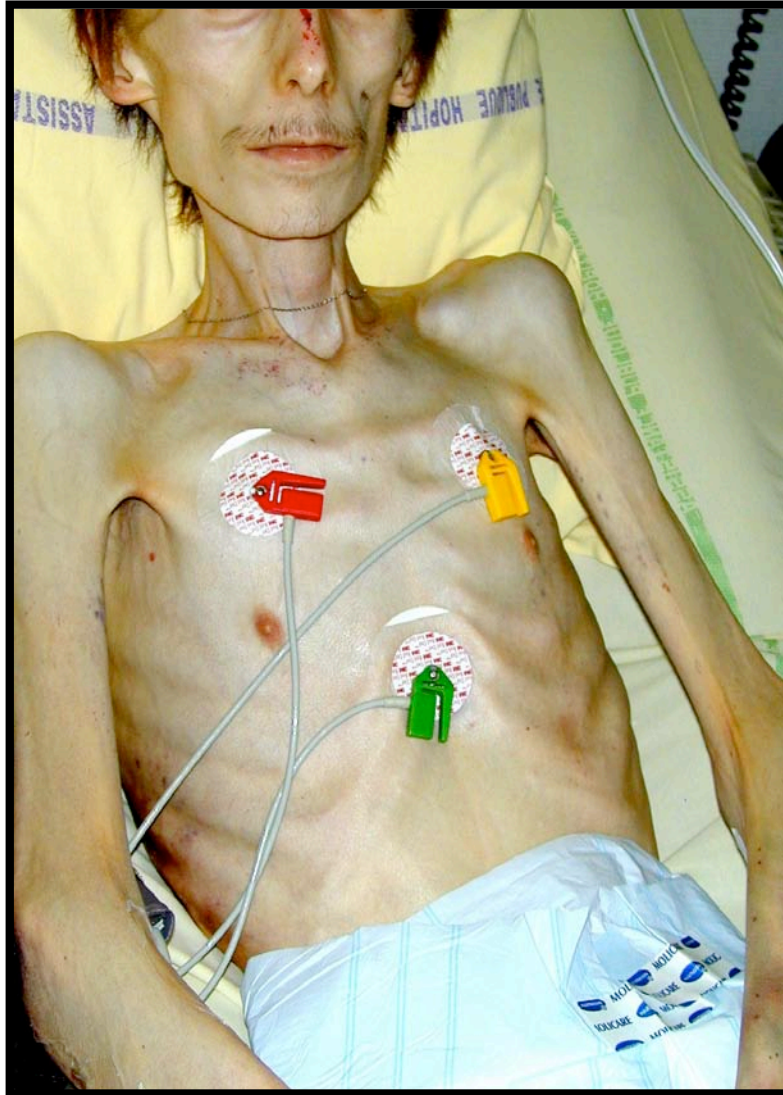
radio thoracique Nle

- **E.C.G.:**

R.S. 110/min, PR 0.14, QRS nl, pas d'ondes Q

QT 0.52, ondes T plates ou négatives

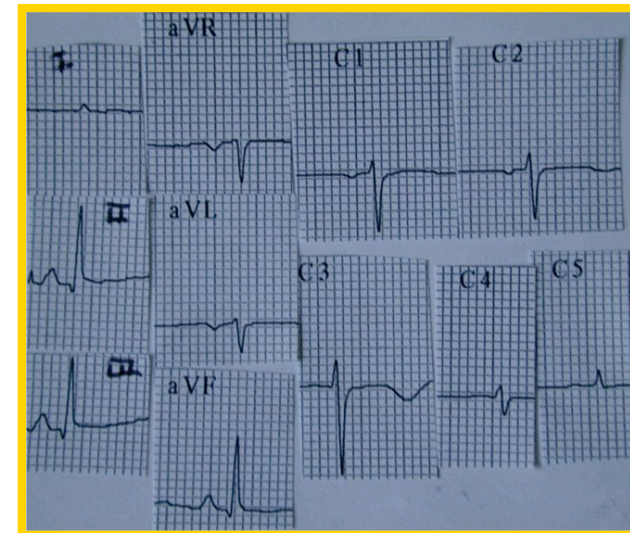
dans tous les territoires



Insuffisance cardiaque:

- PA 70 / 50, OMI++
- pouls 110, galop G, RHJ

E.C.G.: QT=0,52, PR 0,14, QRS nl., ondes T plates ou -



Tétraplégie progressive:
et rétention d'urine++

Question 6

Quel examen diagnostique vous paraît fondamental à ce stade ?

- 1. Pratiquer une I.R.M. médullaire et cérébral**
- 2. Pratiquer une ponction lombaire**
- 3. Dosage troponine + échographie cardiaque**
- 4. Électromyogramme**
- 5. ionogramme sanguin + phosphore et magnésium**

Examens diagnostiques à J 3

- **Échographie cardiaque:** FE 25%
- **Biologie:** C.P.K., troponine nl, iono nl, Hb 7.7 g/l, GB 3500, ALAT 10N, phosphorémie 0.06 mmol/l
Alb. 25 g/l, C.R.P. 85 mg/l, E.C.B.U. + E. Coli
- **E.M.G.:** atteinte neurogène périphérique sévère, diffuse, axonale, à prédominance distale, sensitivo motrice

Question 7

Quelle conduite thérapeutique proposez vous ?

- 1. Supplémentation orale (entérale) en phosphore +diurétiques et poursuite Nut.Entérale**
- 2. Phosphore I.V.+diurétiques et poursuite Nut.Entérale**
- 3. Arrêt de la Nut. Entérale et perfusion I.V. de phosphore**
- 4. Nut. parentérale supplémentée en phosphore**
- 5. Je ne sais pas**

Après J3

- La nutrition entérale a été arrêtée
- Une perfusion de 0.16 mmol/kg de phosphore a été administrée sur 6 heures permettant la correction de la phosphorémie (1 mmol/l)
- La nutrition entérale a été reprise à 250 kcal/j en continu après correction de la phosphorémie
- Une supplémentation systématique de phosphore a été poursuivie
- L'E.C.G. s'est normalisé en 6 heures et l'insuffisance cardiaque s'est corrigée en 24 heures (FE 40 %)
- Aucun traitement à visée cardiologique n'a été administré

Question 8

Quel apport énergétique conseillez vous après J3 ?

1. 10 kcal/kg.j
2. 25 kcal/kg.j
3. 35 kcal/kg.j
3. 50 kcal :kg :j

Évolution ultérieure

- L'infection urinaire basse a été traitée par A.B.
- la nutrition entérale a été progressivement augmentée pour atteindre 1 000 kcal/j en une semaine (j 10)
- la nutrition a été poursuivie à 50 kcal/kg/j (50% entérale-50%) orale après 2 semaines
- Prise de poids entre 1.2 et 1.5 kg /semaine
- récupération neurologique très lente mais presque complète en 3 mois

Question 9

Sur quels critères décidez vous la sortie de l'hôpital ?

- 1. Composition corporelle et albumine normale**
- 2. I.M.C. 18 et alimentation orale suffisante**
- 3. I.M.C. 15 pour un retour en N.E.D.**
- 4. I.M.C. 15 et alimentation orale suffisante**
- 5. I.M.C. 13 pour un transfert en psychiatrie**

Épilogue

- Poids à 38.5 kg après 12 semaines de renutrition
- L'I.M.C. est donc à 15 au moment de la sortie
- Alimentation orale exclusive à 2200 kcal/jour
- suivi ambulatoire médico-psychiatrique pendant un an
- Perte de poids lente (35 kg après un an de suivi)
- Perdu de vue pendant 2 ans
- rechute à 24 kg avec escarres après 2 ans conduisant à une H.D.T. en médecine près du secteur (sauvegarde)