

Conduite à tenir devant un amaigrissement

Plusieurs situations se présentent

- a) la dénutrition extrême avec risque vital pouvant justifier éventuellement une prise en charge en soins intensifs
- b) la situation plus « banale » et heureusement la plus fréquente pour laquelle un diagnostic étiologique doit être entreprise

Recherche de signes de gravité

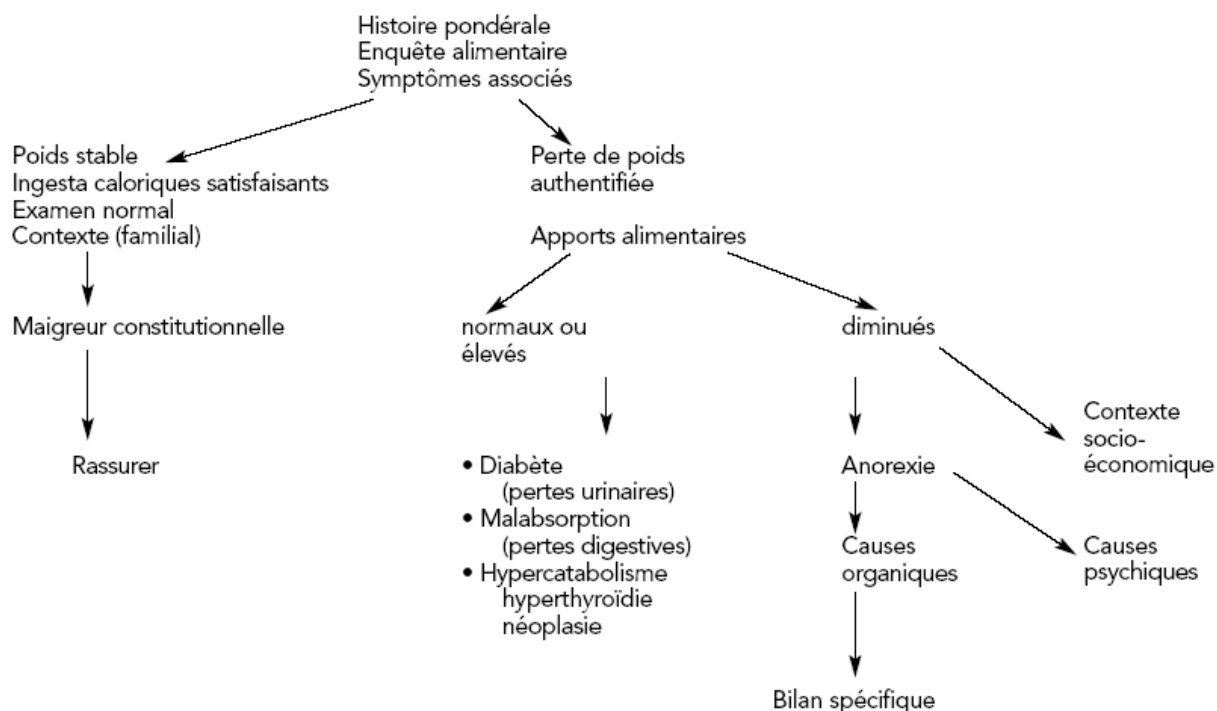
La recherche de signes de gravité est indispensable pour orienter immédiatement le patient vers une nutrition artificielle.

- IMC < 15
- perte de poids > 30%
- hypotension artérielle
- bradycardie
- hypothermie
- ralentissement psychomoteur
- hypoglycémie
- troubles ioniques (Na, K)
- hypophosphorémie
- hypoalbuminémie profonde
- perturbations du bilan hépatique

Démarche diagnostique

- Témoin d'un déséquilibre énergétique avec des apports inférieurs aux dépenses, l'amaigrissement peut être la conséquence d'une affection évolutive ou de troubles du comportement alimentaire.
- La maigreur peut aussi correspondre à un état constitutionnel stable.
- **L'anamnèse**, dont **l'évaluation des modifications du comportement alimentaire** fait partie, **l'examen clinique** et des **examens complémentaires** ciblés, permettent de distinguer ces situations et de rechercher une étiologie.
- Un amaigrissement isolé (anamnèse, clinique, explorations normales) sans syndrome inflammatoire doit être simplement surveillé.

La démarche diagnostique devant un amaigrissement est résumée dans la Figure ci-dessous.



Les examens complémentaires sont demandés en fonction des signes d'orientation à l'anamnèse ou à l'examen clinique. En revanche, lorsque l'amaigrissement paraît isolé, certains examens sont utiles pour l'enquête étiologique.

Examens complémentaires devant un amaigrissement d'étiologie non évidente

Biologiques

Hémogramme
VS, CRP
Natrémie, kaliémie, calcémie, phosphorémie

Albumine
Créatinine
Transaminases, gamma-GT
TSH us
Glycémie
Sérologie VIH
Ac anti-endomysium
Electrophorèse des protéines
Dépistage d'une malabsorption: vitamine B12, folates, ferritine, stéatorrhée, taux de prothrombine

Morphologiques

Echographie abdominale
Radiographie du Thorax
Endoscopie digestive haute (avec biopsies duodénales)

Principales causes d'amaigrissement

A° Causes somatiques

| Cause | Diagnostic |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Endocrinopathies et maladies métaboliques | |
| Hyperthyroïdie (hypercatabolisme par fonte musculaire) | Clinique : thermophobie, palpitations, tremblements, diarrhée Biologie : TSH effondrée, T4L élevée |
| Diabète décompensé (déshydratation par polyurie osmotique) | Clinique : syndrome polyuro-polydipsique Biologie : glycémie élevée, glycosurie |
| Hyperparathyroïdie (polyuro-polydypsie par hypercalcémie) | Clinique : asthénie, somnolence, anorexie Biologie : hypercalcémie |
| Phéochromocytome (élévation des catécholamines) | Clinique : céphalées, palpitations, sueurs, HTA |
| Insuffisance anté-hypophysaire | Clinique et biologie : fonction de l'atteinte des différents axes |
| Insuffisance surrénalienne | Clinique : amyotrophie, mélanodermie (IS périphérique), asthénie, hypotension, troubles digestifs |
| Affections néoplasiques (mécanismes multiples : anorexie, production de cytokines, douleurs, état dépressif, difficulté à s'alimenter...) | Cancers digestifs et ORL à rechercher |
| Malabsorption digestive non cancéreuse Etiologies nombreuses : insuffisance pancréatique ou hépatobiliaire, maladie coeliaque, Crohn, entéropathie exsudative, résection ou court-circuit digestif, pullulation microbienne, parasitose... | Clinique : selles abondantes, pâteuses ou diarrhéiques. Signes parfois absents. |
| Maladies neurologiques sévères Etiologies : Parkinson, accident vasculaire cérébral, démence... | Clinique : dépression, fausses routes, dysphagie, troubles de la motricité gastrique et intestinale |
| Syndrome infectieux | |
| Tuberculose | Clinique : altération progressive de l'état général, adénopathies, syndrome inflammatoire. Intradermo réaction positive. |
| Infection par le VIH | Clinique : amaigrissement possible en dehors de toute infection opportuniste |
| Maladies systémiques (sarcoïdose, lupus, Horton...) | |
| Défaillance d'organes vitaux | |
| Insuffisance cardiaque | Clinique : perte de poids parfois masquée par les œdèmes, amaigrissement de mauvais pronostic |
| Insuffisance respiratoire ou rénale | |

| | |
|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Alcoolisme | Clinique : amaigrissement expliqué par l'anorexie et les carences nutritionnelles. Penser à rechercher une néoplasie induite par l'alcool |
| Anomalies de la cavité buccale (édentation, prothèse inadaptée...) | |
| Médicaments : fréquent chez le sujet âgé polymédiqué | Ex : biguanides (diarrhée), anti-inflammatoires non stéroïdiens (épigastralgies) |
| Candidose buccale | Examen systématique de la langue |

B° Causes psychologiques

| Cause | Diagnostic |
|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Anorexie mentale (sujet jeune ++) | Triade clinique : anorexie, amaigrissement, aménorrhée Perturbation de l'image corporelle, absence de fatigue, maintien de l'activité physique, souvent déni de la maigreur |
| Dépression | Clinique : anorexie, amaigrissement Repli sur soi, tristesse |

Vous devez être capables de :

- rechercher les signes de gravité imposant l'hospitalisation
- structurer votre démarche diagnostique face à un amaigrissement
- identifier les causes psychologiques et notamment l'anorexie mentale

Synthèse sur l'anorexie mentale

Définition (DSM-IV) :

- refus de maintenir le poids corporel au niveau ou au dessus d'un poids minimum normal pour l'âge et pour la taille (ex : perte de poids conduisant au maintien du poids à moins de 85% du poids attendu)
- peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, alors que le poids est inférieur à la normale
- 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
- chez les femmes post-pubères, aménorrhée, c'est à dire absence de règles durant au moins 3 cycles menstruels consécutifs

On distingue 2 types d'anorexie mentale :

- type avec crises de boulimies/vomissements ou prise de purgatifs
- type restrictif : la personne ne présente ni épisodes d'hyperphagies incontrôlées, ni comportements compensatoires pour prévenir la prise de poids

Epidémiologie :

- jeunes filles (90% des cas)
- pics vers 13-14 ans et 16-17 ans
- 1% des adolescentes

Mode de début :

- fille modèle avant anorexie
- tout commence par un régime (quelquefois justifié par un surpoids modéré)
- la perte de poids n'est jamais suffisante

Phase d'installation :

- amaigrissement masqué
- aménorrhée (peut précéder la perte pondérale)
- hyperactivité motrice
- hyperinvestissement scolaire
- conflits avec les parents autour de l'alimentation (pas de repas en famille ; tri des aliments ; rites alimentaires)
- conduites purgatives dans 50% des cas (en cachette)

Evolution :

Le pronostic est d'autant plus favorable que la prise en charge est précoce !

- chronicisation (20% des cas) : quand début tardif, retard diagnostic, prise en charge inadaptée, psychopathologie marquée
- décès (jusque 10% des cas)

Traitement :

par équipe spécialisée !

- psychothérapie individuelle ± familiale
- nutritionnelle (objectifs : renutrition et travail sur déni des problématiques psychiques)
- parfois séparation familiale