

Anorexie mentale : ce que psychiatres et psychologues doivent savoir des complications somatiques

Repérer les situations d'urgence, sécuriser l'orientation, travailler avec les somaticiens.

Pr Didier QUILLIOT

Unité d'Assistance Nutritionnelle

Unité Transversale de Nutrition

Centre Labellisé de NPAD

Unité Medico-Chirurgicale de l'obésité

Service d'Endocrinologie-Diabétologie-Nutrition

CHRU de Nancy

Objectifs

- Reconnaître les signaux d'alarme somatiques
- Comprendre pourquoi certaines situations sont des urgences vitales

QSP

Journée de la Société de Psychiatrie de l'Est



Clinique du corps

Soigner les troubles des
conduites alimentaires

Des freins croisés dans la prise en charge

- ☞ La crainte du psychiatre face aux complications somatiques
- ☞ La crainte du somaticien face à la complexité de la maladie, à la souffrance psychique, aux comorbidités psychiatriques, au risque suicidaire....



- ☞ Retard dans la prise en charge – errance médicale ⇔ plus mauvais pronostic
↳ Rémissions ↗ chronicité ↗ recours à la réa....

Austin A, et al. (2021).
Mills R, et al. (2024).
Schoemaker C. 1997
Allen KL, et al 2022
Solmi M,.. 2024.



- ☞ Une prise en charge pluriprofessionnelle: Psychiatre-Psychologue / Nutritionniste

Favoriser la prise en charge précoce
Comment ?



Faire émerger des « connexions » entre les professionnels impliqués dans la prise en charge



Coordonner un parcours de soin : pouvoir orienter les patients



« Réseau » de professionnels impliqués

Structurer et organiser une prise en charge multidisciplinaire

- 1) De structurer un centre expert de référence et d'évaluation
- 2) D'organiser les parcours de soin, en s'appuyant :
 - Sur les unités de nutrition existantes, à mettre en lien avec les unités de soin psychiatrique pour créer des équipes pluriprofessionnelles de proximité
 - Psychiatre/pédopsychiatre ou psychologue
 - Médecin somaticien spécialiste (Nutritionniste)
 - Médecin de premier recours (Généraliste)
 - Sur des démarches et protocoles de soin consensuels et partagés
 - Sur les ressources des différentes méthodes de traitements psychothérapeutiques

Les réalisations du RéLAB

- Cellule de coordination
- Recensement des professionnels (médicaux et paramédicaux)
- Cartographie
- Plateforme téléphonique : pour les professionnels, pour orienter les patients
- RCP des cas complexes
- Un site internet : partager les protocoles, procédures, formations....
- Des formations: une formation universitaire de 40 heures
 - 1 module : du côté somatique
 - 1 module : du côté psychiatrique
- Nombreuses formations par la cellule de coordination
- La journée du RéLAB: > 200 inscrits....
 - Besoins de partager, d'échanger....

Que doivent savoir les psychiatres sur les complications somatiques ?

- Reconnaître les signes d'alarme
- Comprendre pourquoi certaines situations sont des urgences vitales

Cas clinique

Melle 20 ans. Consulte pour aménorrhée secondaire depuis l'arrêt de sa contraception il y 6 mois.
Hantée par la peur de grossir.

Histoire:

- A 17 ans : 52kg 1,70m (IMC=18)
- Suite à une réflexion de son entourage, elle fait un régime.
- Descend à 45 kg (IMC= 15,6), puis ne se pèse plus.
- Adressée par son médecin traitant:
 - Elle dit adorer manger. Alimentation: végétarienne, exclusion des graisses et des féculents.
 - Ne partage plus les repas avec son entourage, ses amis.
 - Très active : course à pied, ménage, coiffeuse.
 - 32 kg/1,70 m (IMC= 11) / FC = 52 bat/min PA: 85/60
- Biologie:
 - NF= 3,9 M GR/ μ L, Hb= 12,6/100mL GB = 8600/ μ L
 - Iono: Natrémie= 129 mmol/L (> 135)
 - Kaliémie= 2,9 mmol/L
 - Créatininémie= 5 mg/L
 - Albuminémie= 48g/L

☞ Dénutrition sévère « critique »

☞ Hyponatrémie = potomanie

☞ Hypokaliémie = vomissements++
mais aussi laxatifs-diurétiques

Comment organiser la prise en charge de cette patiente ?

= Urgence somatique

Quand hospitaliser ?

Chez l'adulte

Anamnestiques	<ul style="list-style-type: none">• Importance et vitesse de l'amaigrissement : perte de 20 % du poids en 3 mois• Malaises et/ou chutes ou pertes de connaissance• Vomissements incoercibles• Échec de la renutrition ambulatoire
Cliniques	<ul style="list-style-type: none">• Signes cliniques de déshydratation• <u>IMC < 14 kg/m²</u>• Amyotrophie importante avec hypotonie axiale• Hypothermie < 35 °C• <u>Hypotension artérielle < 90/60 mmHg</u>• Fréquence cardiaque :<ul style="list-style-type: none">• bradycardie sinusale FC < 40/min• tachycardie de repos > 60/min si IMC < 13 kg/m²

HAS 2010

Critères somatiques d'hospitalisation (suite et fin)

Chez l'adulte (suite et fin)

Paracliniques	<ul style="list-style-type: none">• Anomalies de l'ECG en dehors de la fréquence cardiaque• Hypoglycémie symptomatique < 0,6 g/L ou asymptomatique si < 0,3 g/L• Cytolyse hépatique > 10 x N• Hypokaliémie < 3 mEq/L• Hypophosphorémie < 0,5 mmol/L• Insuffisance rénale : clairance de la créatinine < 40 mL/min• Natrémie :<ul style="list-style-type: none">• < 125 mmol/L (potomanie, risque de convulsions)• >150 mmol/L (déshydratation)• Leucopénie < 1 000 /mm³ (ou neutrophiles < 500 /mm³)
----------------------	--

Anorexie mentale : prise en charge

3 - Critères d'hospitalisation à temps plein

Juin 2010

- L'indication d'hospitalisation ne repose pas sur un seul critère, mais sur leur association et leur évolutivité.
- L'hospitalisation sous contrainte ne doit être utilisée que lorsque le risque vital est engagé et que des soins consentis sont impossibles.

Critères somatiques d'hospitalisation

Chez l'enfant et l'adolescent	
Anamnestiques	<ul style="list-style-type: none"> • Perte de poids rapide : plus de 2 kg/semaine • Refus de manger : aphagie totale • Refus de boire • Lipothymies ou malaises d'allure orthostatique • Fatigabilité voire épuisement évoqué par le patient
Cliniques	<ul style="list-style-type: none"> • IMC < 14 kg/m² au-delà de 17 ans, ou IMC < 13,2 kg/m² à 15 et 16 ans, ou IMC < 12,7 kg/m² à 13 et 14 ans • Ralentissement idéique et verbal, confusion • Syndrome occlusif • Bradycardies extrêmes : pouls < 40/min quel que soit le moment de la journée • Tachycardie • Pression artérielle systolique basse (< 80 mmHg) • PA < 80/50 mmHg, hypotension orthostatique mesurée par une augmentation de la fréquence cardiaque > 20/min ou diminution de la PA > 10-20 mmHg • Hypothermie < 35,5°C • Hyperthermie
Paracliniques	<ul style="list-style-type: none"> • Acétonurie (bandelette urinaire), hypoglycémie < 0,6 g/L • Troubles hydroélectrolytiques ou métaboliques sévères, en particulier : hypokaliémie, hyponatrémie, hypophosphorémie, hypomagnésémie (seuils non précisés chez l'enfant et l'adolescent) • Élévation de la créatinine (> 100 µmol/L) • Cytolyse (> 4 x N) • Leuconéutropénie (< 1 000 /mm³) • Thrombopénie (< 60 000 /mm³)

La patiente refuse l'hospitalisation mais pas le suivi ambulatoire
Le discours est pauvre, peu argumenté: bradypsychie...



Evoquer le risque vital
Poser un cadre de sécurité
Hospitalisation = temps de sécurisation, pas une punition
Eviter le soin sous contrainte....



Après une longue discussion une hospitalisation est finalement acceptée
Une nutrition entérale est consentie par la patiente de « façon temporaire »
à la condition « d'une prise de poids modérée »

Concernant les troubles ioniques

Comment prévenir le risque d'hypokaliémie ?

- ☞ En prescrivant une supplémentation en potassium + après chaque crise (si vomissements)
- ☞ En prescrivant des antisécrétoires gastriques : Inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)

Comment prévenir/traiter le risque d'hyponatrémie ?

Restriction hydrique

☞ Charge osmolaire faible

= Dilution pour des apports hydriques « normaux » : 1,5 à 3 L peuvent suffire

Imaginons....

Elle refuse l'hospitalisation: elle repart chez elle

Pour éviter l'hospitalisation (et sous la pression de la famille)

Elle majore ses apports brutalement

8 jours après : dégradation de l'état général, de l'état de conscience, oedème, dyspnée....

👉 Admise aux urgences

Bilan bio:

↳ hypophosphatémie 0,32 mmol/L (VN: 0,80-1,45 mmol/L)

↳ kaliémie (2,4 meq/L)

↳ magnésémie 15 mg/L (0,62 mmol/L)

Reste du bilan = RAS

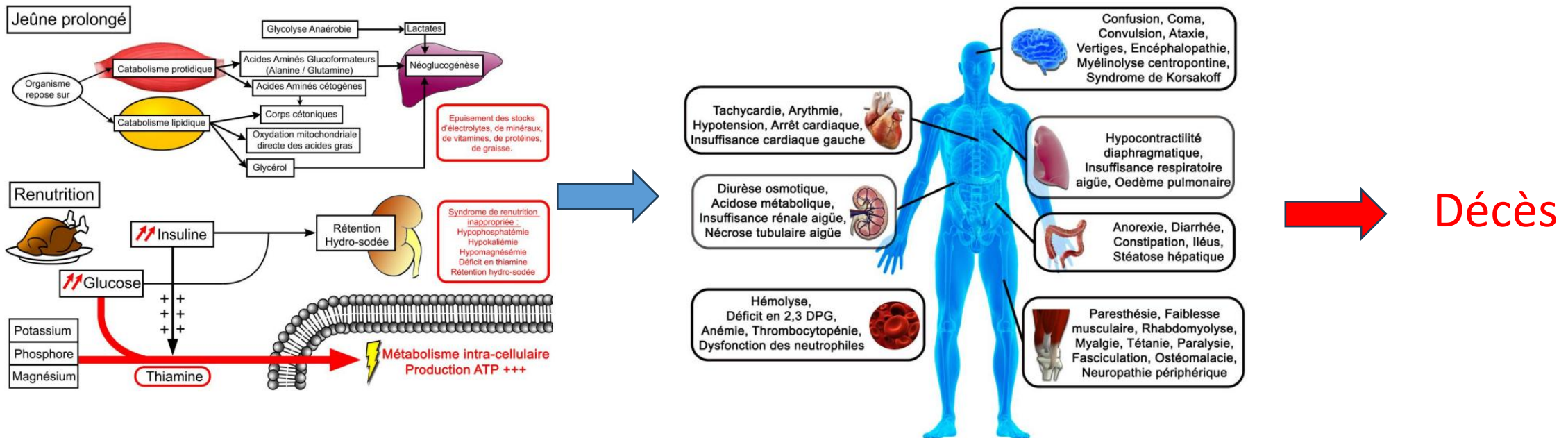
Votre diagnostic ?

Syndrôme de renutrition inapproprié

Lors de la renutrition: remise en route du métabolisme cellulaire

➔ Réinitiation des voies métaboliques (cycle de Krebs et production ATP)

➔ Afflux intracellulaire de K^+ , glucose, phosphate, Mg^{2+} ➔ spoliation extracellulaire



« Ce samedi-là, d'ailleurs, la disette cessa. La nuit tomba, qu'on mangeait encore, et l'on mangea jusqu'au lendemain matin. Beaucoup en crevèrent. »
Émile Zola, La Débâcle

Elle accepte l'hospitalisation

- 1) Correction des troubles électrolytiques
- 2) Eviter le syndrome de renutrition inapproprié

Mis en route de la NUTRITION ARTIFICIELLE = entérale = SNG

Calories : 10 à 15 kcal/kg/j sans dépasser 500kcal/j pdt 3 jours (en continue),

+ (très) petites collations

↗ progressive pour atteindre 30 à 40 kcal/j

A chaque palier: surveillance rapprochée, clinique, ECG et biologique

- poids, œdèmes, épanchements pleuraux, dyspnée, tachycardie

- phosphorémie, K^+ , Mg^{2+}

Sonde
naso-gastrique



La renutrition se déroule bien.

À J5, on observe:

Numération Formule:

- Hb= 9g/L /normocytaire/
- Leucopénie: GB =3000/ μ l/1000 GBn
- Thrombopénie : 95 000 plaquettes

Bilan hépatique ALAT= 10N / ASAT = 5N

lono, Mg, P normaux



Cytolyse hépatique et anorexie mentale 1/3 à l'admission, 1/2 lors de la renutrition

Auteur, Année	IMC (kg/m ²)	Hypertransaminasémie
Cravario, 1974	14,4	4% (N=27)
Kanis, 1974	15	0% (N=24)
Milner, 1985	-	45% (N=42)
Mira, 1987	15,9	9% (N=22)
Palla, 1988	-	33% (N=24)
Umeki, 1988	-	59% (N=27)
Hall, 1989	-	32% (N=31)
Waldholtz, 1990	-	0% (N=13)
Sherman, 1994	-	26% (N=19)
Mickley 1996	-	7% (N=282)
Ozawa, 1998	13,2	29% (N=101)
Milazzo, 2003	15	26% (N=107)
Miller, 2005	16,8	12% (N=214)
Tsukamoto, 2008	15,2	52% (N=25)
Hanachi, 2013	12,0	56% (N=126)
Cumul études	14,7	23% (247/1084)

☞ **Syndrome de renutrition inappropriée : SRI**

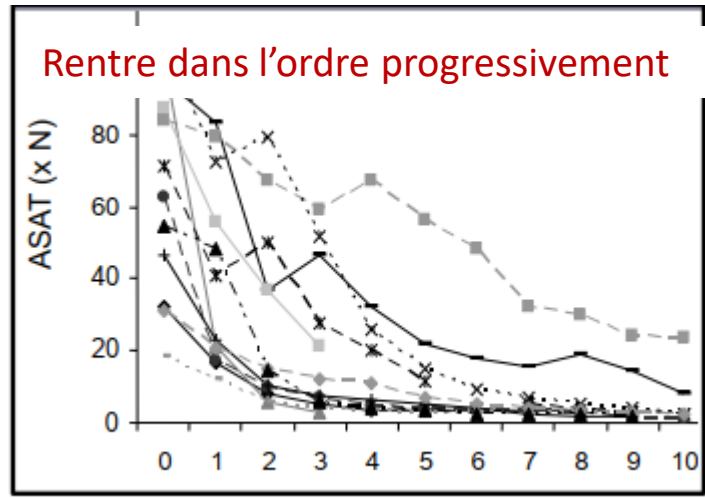
☞ **Alcool ou toxicité hépatique de certains médicaments**

- Ex: Paracétamol, toxicité > 150 mg/kg = 4,5 g (32kg) MAIS seuil plus bas si dénutrition ++
- Antidépresseurs....

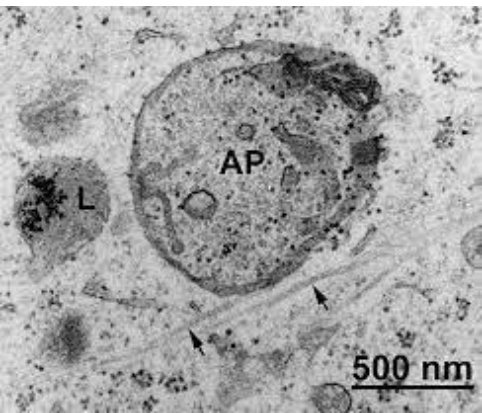
☞ **Insuffisance cardiaque droite ? Rare++ Mais ↘ FE fréquente**

☞ **Autre hypothèse: translocation bactérienne / ↗ perméabilité intestinale**

☞ **Hépatite de « dénutrition » = autophagie des hépatocytes**



Série du Service d'hépatologie, Beaujon, n=11 avec TP <50%

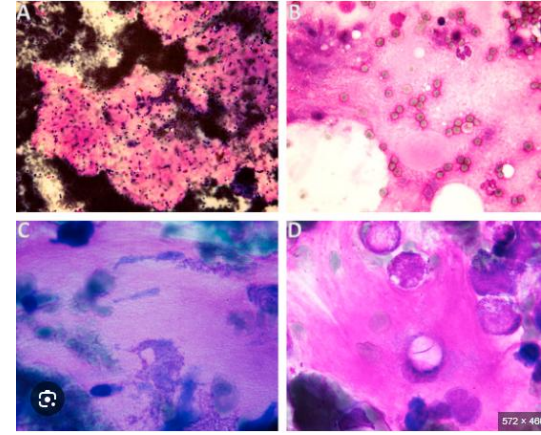


Souffrance hépatocytaire sans nécrose ni apoptose
Autophagie = d'abord protectrice puis mort cellulaire (phagolysosome)
Risque ↗ avec ↘ l'IMC / hypoglycémie / ↘ de la fonction rénale

Biolato M, et al. Gastroenterol Rep 2024
Imaeda M, et al. J Eat Disord 2016
Rosen E, et al. Int J Eat Disord 2016
Mehler PS, Brown C. J Eat Disord 2015

Pancytopénie (3-10%) Anémie (30-50%) Leucopénie (30-40%)

- Déficit de l'hématopoïèse par transformation gélatineuse de la moelle osseuse
- Conséquence de la dénutrition sévère chronique.
- Complication hématologique peut être grave :
 - une hypoplasie focale de la moelle
 - une raréfaction des adipocytes
 - une infiltration interstitielle par une substance gélatineuse éosinophile, à type de mucopolysaccharides d'acide hyaluronique.
 - Corrélée à l'importance de la perte de poids plus que le poids en lui-même



Traitement = poursuivre la renutrition

- Mehler PS. *J Eat Disord* 2015
- Abella E. *Am J Clin Pathol* 2002
- Westerman DA. *Br J Haematol* 1999
- Böhm J. *Am J Surg Pathol* 2000

Les douleurs somatiques

Acrosyndrome (syndrome de Raynaud)= 20-50%....
= gants, chaussettes, tabac

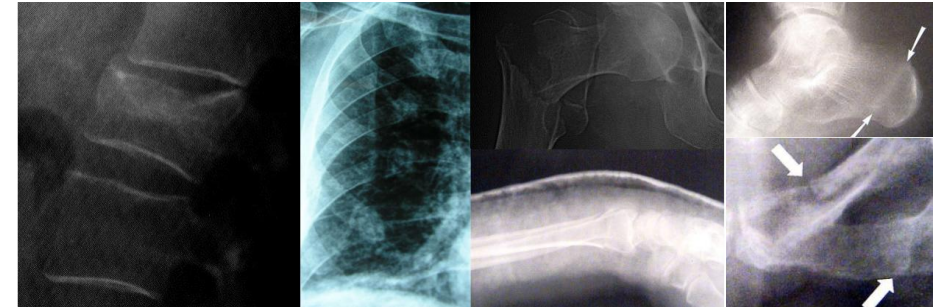


Myalgies : 20-40% Neuropathie : plus rare

- Neuropathies périphériques liées à des carences : rares++ douleurs neuropathiques (brûlures, paresthésies)
- Douleurs liées aux crampes par déséquilibre électrolytique (potomanie/vomissements-hypokaliémie).

Douleurs osseuses diffuses

!! Fractures spontanées ou de fatigue.
= Ostéoporose (aménorrhée) + hyperactivité
= Ostéomalacie (très peu)



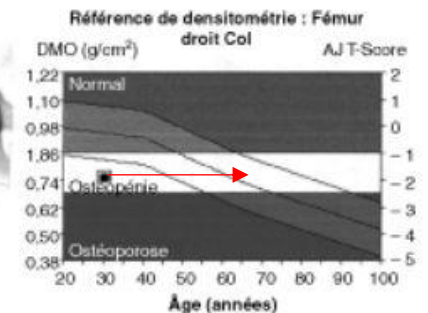
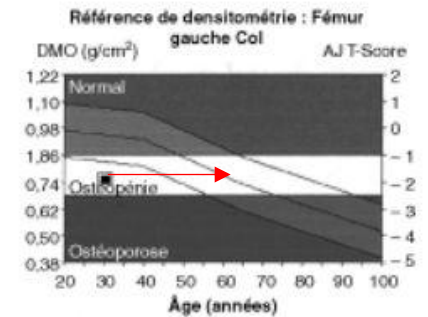
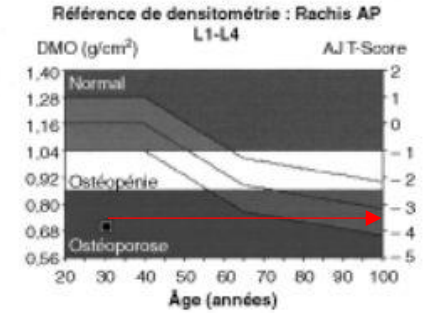
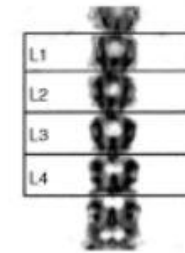
Escarres (5-15%)

++Les troubles fonctionnels digestifs ++ (42% à 98%)

☞ **facteurs de pérennisation de la maladie**

A long terme: conséquence somatique de la carence oestrogénique

- 90 % ostéopénie et 40 % ostéoporose
- s'explique par:
 - la diminution de la formation osseuse par ↘ des œstrogènes et de l'IGF-I circulant
 - +/- hypercorticisme
- Risque fracturaire : X7



Mortalité: élevée !!

- Complications somatiques : désadaptation cardio-vasculaire
- Suicide = 27% des cas (le plus important de toutes les pathologies psy)
- Autres causes dans 19% des cas

SMR

nombre total de décès observé

nombre total de décès attendu durant la période

15,9

CI 95% (11,6 – 21,4)]

P < 0,001

Facteurs prédictifs de mortalité

	HR [IC 95%]	P value
Tentative de suicide	34.25 [11.04- 106.24]	9.44e-10
Antécédent de pathologie hématologique	5.77 [1.05-31.78]	0.043
Complications cardiaques	3.29 [1.27-8.55]	0.014
Dysnatrémie	2.96 [1.45- 6.05]	0.003
Transfert en réanimation	2.88 [1.38-6.01]	0.005
Sortie contre avis médical	2.78 [1.25-6.19]	0.012
Anémie (Hb \leq 9 g/dl)	2.43 [1.16-5.10]	0.018
Complications infectieuses	2.12 [1.01-4.44]	0.046
Age plus élevé	1.07 [1.04-1.11]	2.94e-06
Durée prolongée d'hospitalisation	0.98 [0.97-1.00]	0.049

Conclusion

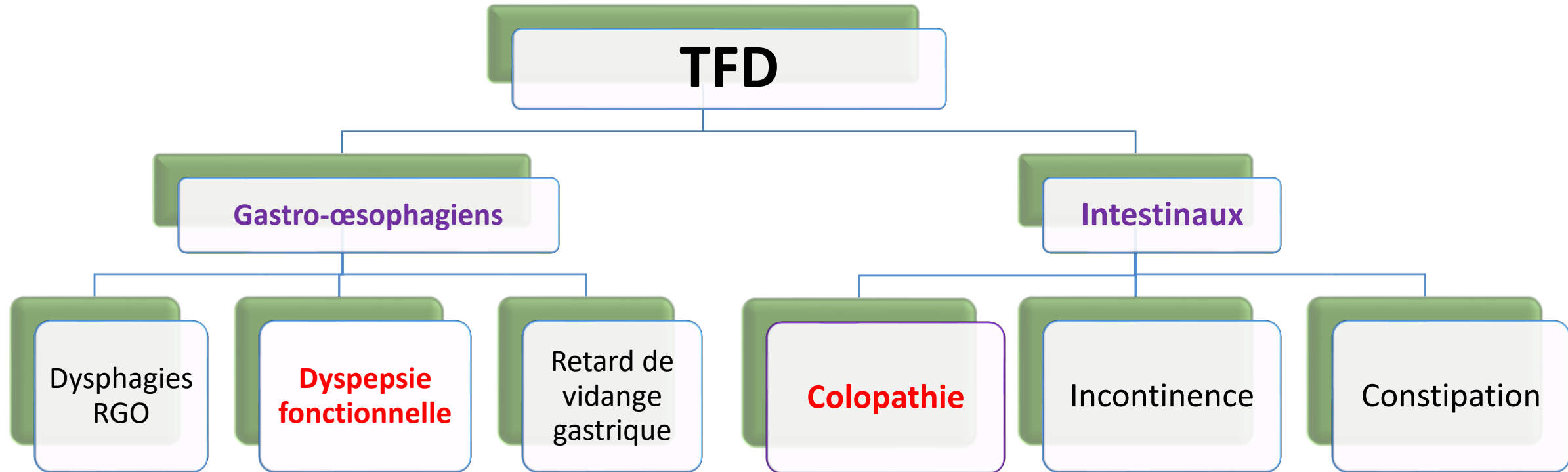
- Une prise en charge pluriprofessionnelle
- Repérer tôt / prise en charge précoce
- « activer » le binôme psychiatre–somaticien
- Consultation somatique: indispensable
 - Fixer un cadre de sécurité et surveillance par médecin traitant
 - Poids de sécurité : $IMC > 14$ mais dépend de la tolérance cardiovasculaire et biologique
 - Contrôle du poids /TA/FC hebdomadaire (médecin généraliste)
- Ce que le psychiatre doit vérifier:
 - « Avant de discuter du projet psychothérapeutique, je dois vérifier que vous n'êtes pas en danger physiquement. »
 - Si suivi somatique par médecin traitant +/- nutritionniste
 - Si conduites de purge = prévention de l'hypokaliémie / problème dentaire
 - Si potomanie
 - Eventuellement dernier bilan biologique



ReLAB

RÉSEAU LORRAIN ANOREXIE BOULIMIE

Typologie des troubles fonctionnels intestinaux



- La prévalence variable d'une étude à l'autre : de **42% à 98%** (unités spécialisées)
 - Les plus fréquents : le syndrome de l'intestin irritable et la dyspepsie fonctionnelle
- Tableaux cliniques les + sévères : Anorexie + Dénutrition + Conduites de purge
- Part importante de facteurs psychologiques ++

La dyspepsie fonctionnelle

Symptômes fonctionnels gastro-duodénaux

Deux sous-types

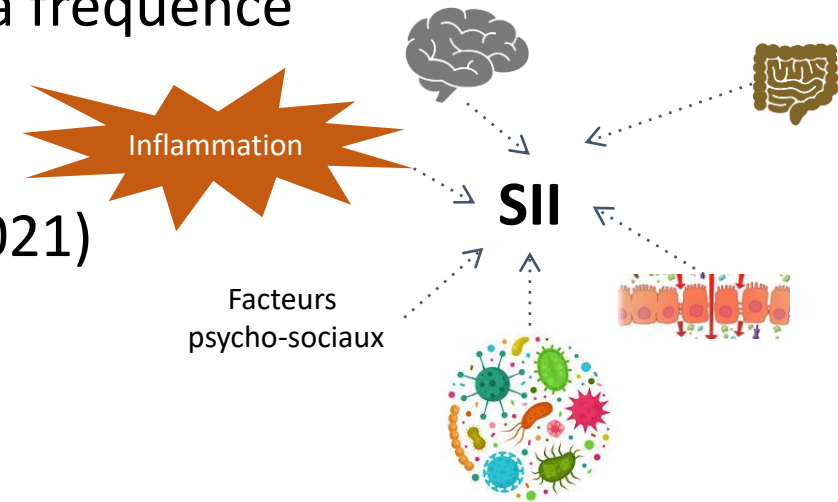
- Syndrome de détresse postprandiale (SPP) +++ :
Symptômes liés aux repas = plénitude postprandiale et satiété précoce
- Syndrome de douleur épigastrique (SDE) :
Symptômes non liés aux repas (douleur ou brûlures épigastriques)

Dans les TCA

- Surtout syndrome de détresse postprandiale
- Associé avec les conduites de purge (justifie le vomissement)
- Associé à des symptômes d'anxiété et de dépression
- Composante dysmorphophobique (préoccupations centrées autour de la sphère abdominale et digestive)

Syndrome de l'intestin irritable (SII) et TCA

- Douleurs abdominales chroniques soulagées par la défécation
- Associées à une altération de la consistance et de la fréquence des selles
- Symptômes d'anxiété et de dépression
- 4% à 11% la population générale (Sperber et al., 2021)
- Plus fréquent dans les TCA
 - 17 à 40 % des patients avec BN et AM
 - Sous type constipation dans l'AM



Physiopathologie:

- Sensibilité viscérale augmentée
- Motricité intestinale altérée
- Perturbation du microbiote
- Facteurs psychologiques / stress

Brain Structure in Acutely Underweight and Partially Weight-Restored Individuals With Anorexia Nervosa: A Coordinated Analysis by the ENIGMA Eating Disorders Working Group

Réuni les données de 22 cohortes

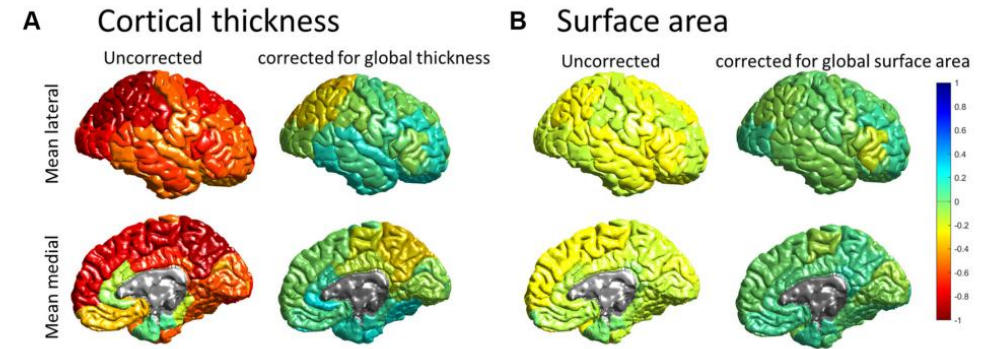


Figure 2. Reductions in (A) cortical thickness and (B) surface area between patients with anorexia nervosa and healthy control subjects (2-group comparison). Results that are uncorrected for global measures are shown on the left in each panel. Results that are corrected for global measures are shown on the right in each panel. Warmer colors indicate reductions (Cohen's *d* effect size; averaged across the left and right hemispheres, but depicted on the right side of the brain) in patients compared with healthy control subjects.

Analyse de 685 IRM patientes anorexiques / 963 sujets témoins

- Groupe de patients avant renutrition n=466
- Groupe après renutrition partielle n=251

Age moyen: 21 ans (15–27) et AN: 16 ans (13–18 years)

BMI moyen: 15.4 (14,3–16,9) pour AN patients et témoins: 21.6 (20.8 -23.5)

Durée moyenne d'AN : 5 ans (1–13 ans)

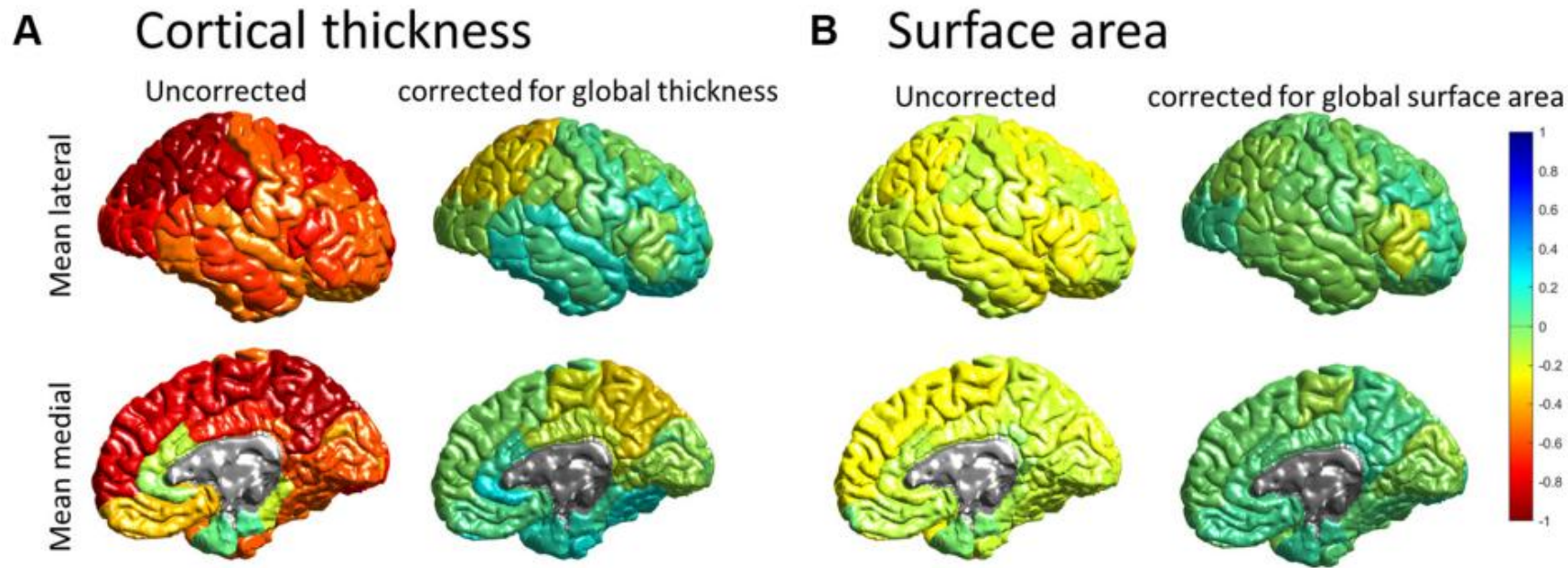


Figure 2. Reductions in **(A)** cortical thickness and **(B)** surface area between patients with anorexia nervosa and healthy control subjects (2-group comparison). Results that are uncorrected for global measures are shown on the left in each panel. Results that are corrected for global measures are shown on the right in each panel. Warmer colors indicate reductions (Cohen's d effect size; averaged across the left and right hemispheres, but depicted on the right side of the brain) in patients compared with healthy control subjects.

↳ Épaisseur corticale (substance grise)

↳ Surface

= atrophie corticale diffuse

= certaines zones + touchées

Renutrition: valeurs intermédiaires

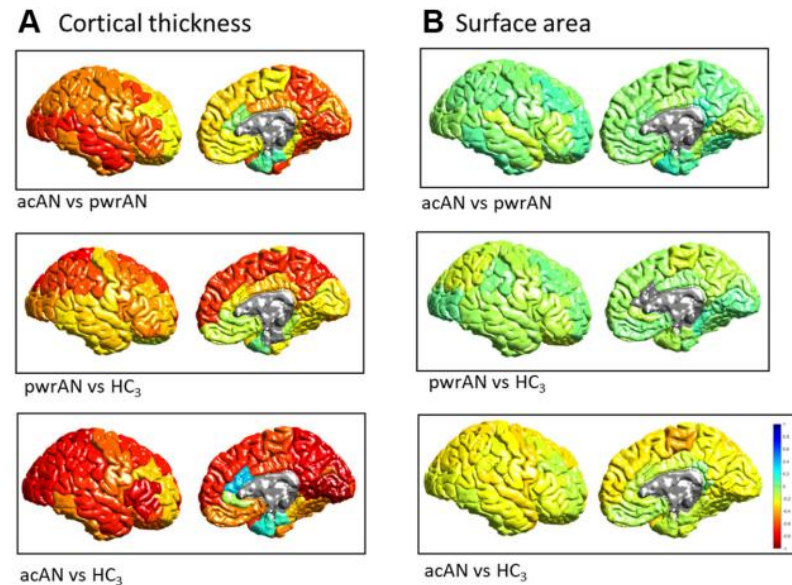


Figure 3. Pairwise reductions, shown as Cohen's d effect sizes, in **(A)** cortical thickness and **(B)** surface area between patients acutely ill with anorexia nervosa (acAN), partially weight-restored patients with AN (pwrAN), and healthy control (HC₃) subjects (3-group comparison). Warmer colors indicate reductions (Cohen's d ; averaged across the left and right hemispheres, but depicted on the right side of the brain).

Résultats intermédiaires pour les AN en renutrition partielle

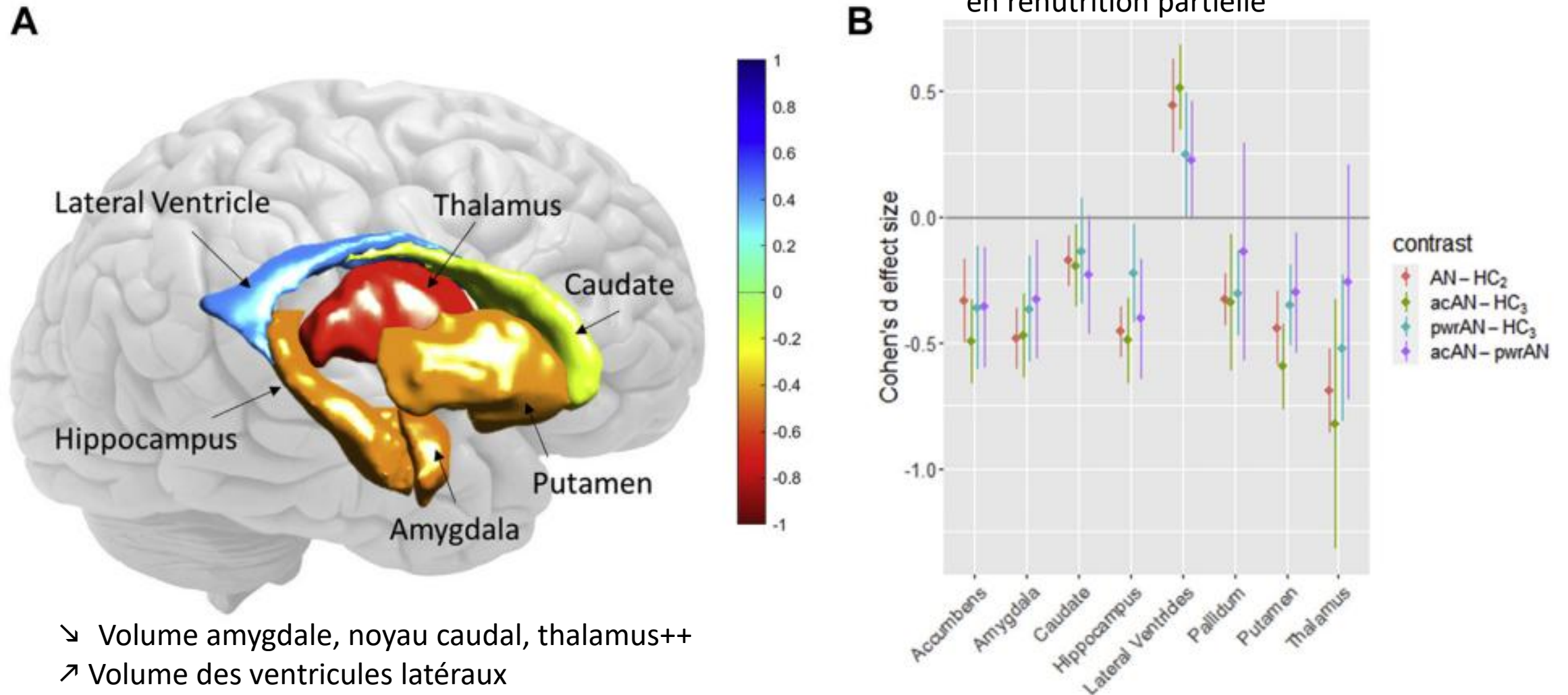


Figure 1. Subcortical volume reductions in anorexia nervosa (AN). Differences (Cohen's d) between **(A)** patients with AN and healthy control (HC₂) subjects (2-group comparison) and **(B)** all groups, also including patients acutely ill with AN (acAN), partially weight-restored patients with AN (pwrAN), and HC₃ subjects (3-group comparison). Warmer colors indicate lower volumes (Cohen's d ; averaged across the left and right hemispheres, but depicted on the right side of the brain) in patients compared with HC subjects. Error bars are 95% confidence intervals.



SMR

nombre total de décès observé

nombre total de décès attendu durant la période

15,9

CI 95% (11,6 – 21,4)

P < 0,001



CMR

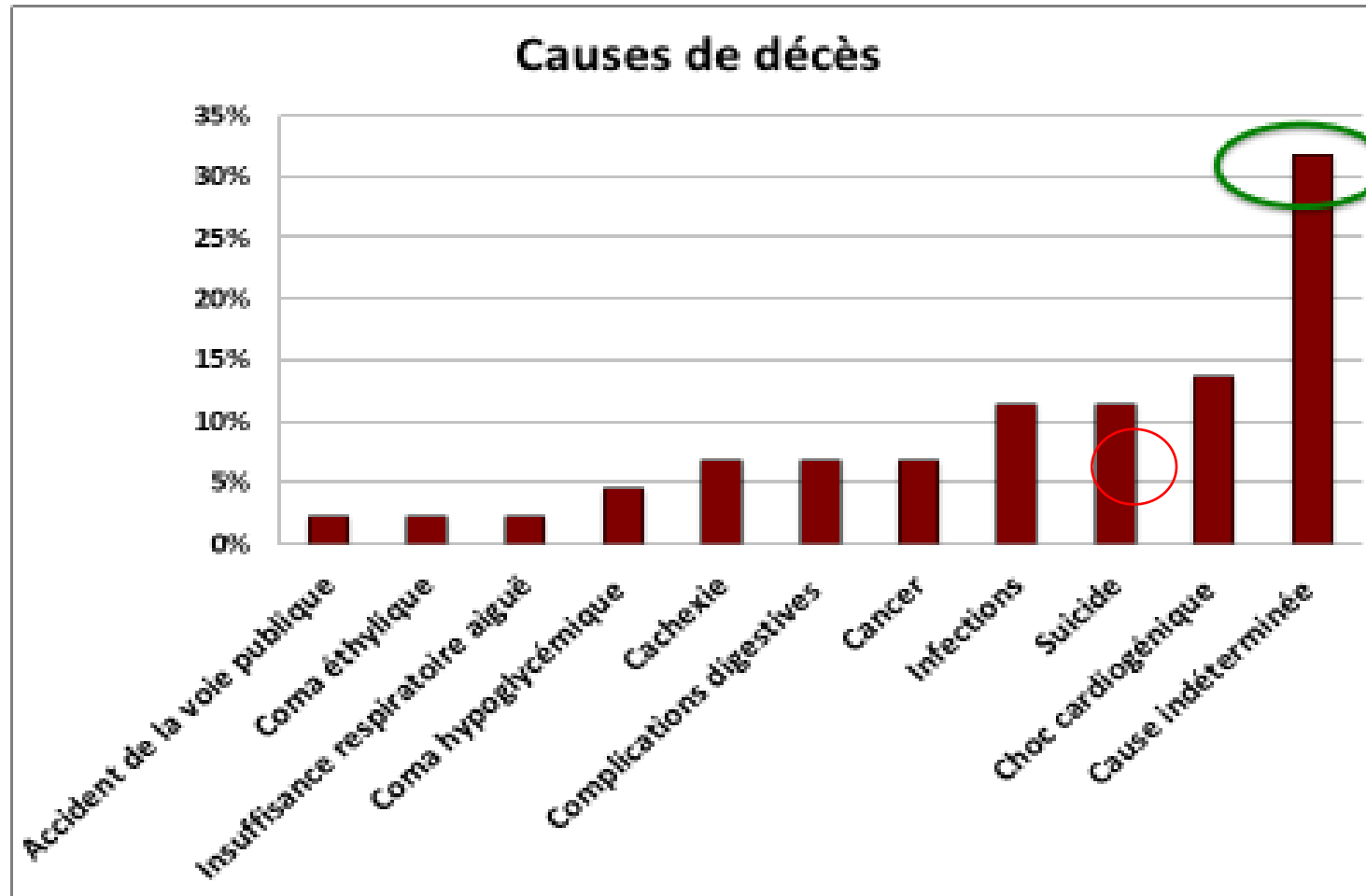
nombre de décès observés x 100)

nombre total de patient dans la cohorte

11,5%

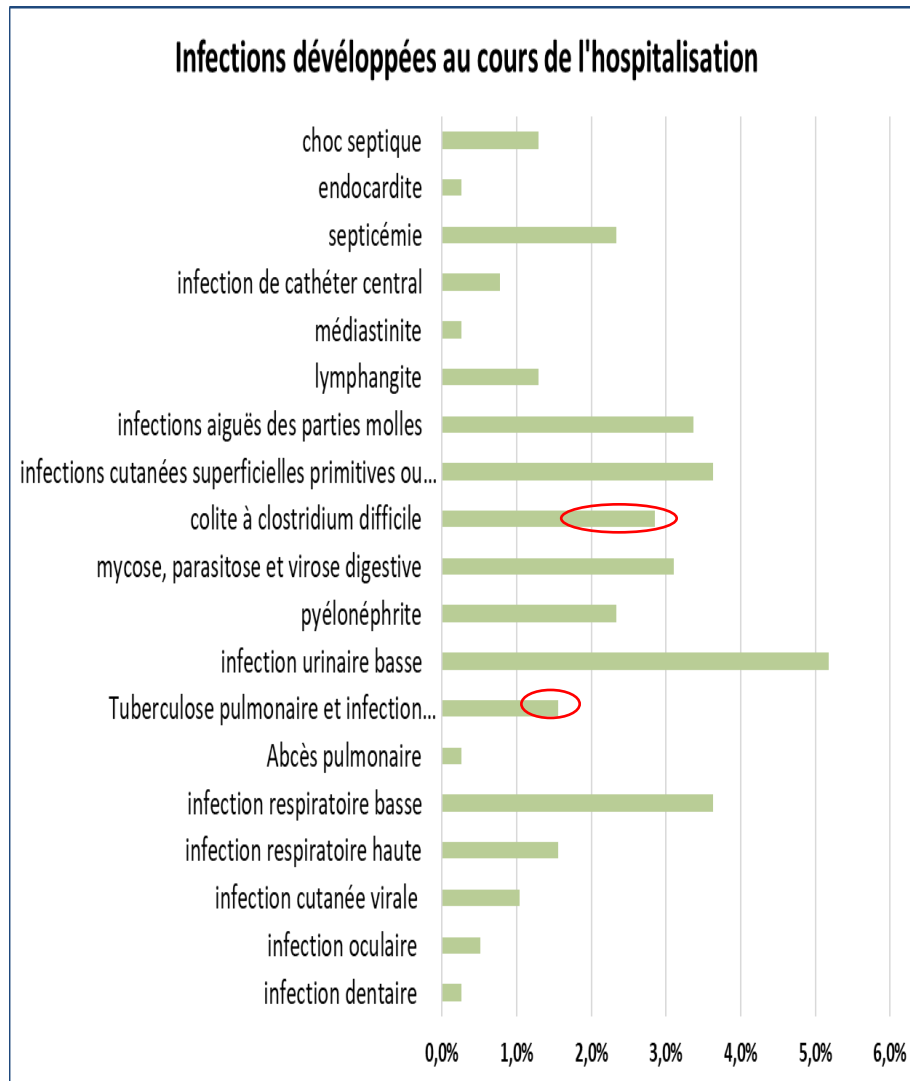
44 décès rapportés dans la cohorte

Causes de décès



Complications somatiques

**Episode(s)
infectieux(x) au cours
de l'hospitalisation:
23,9% des patients**

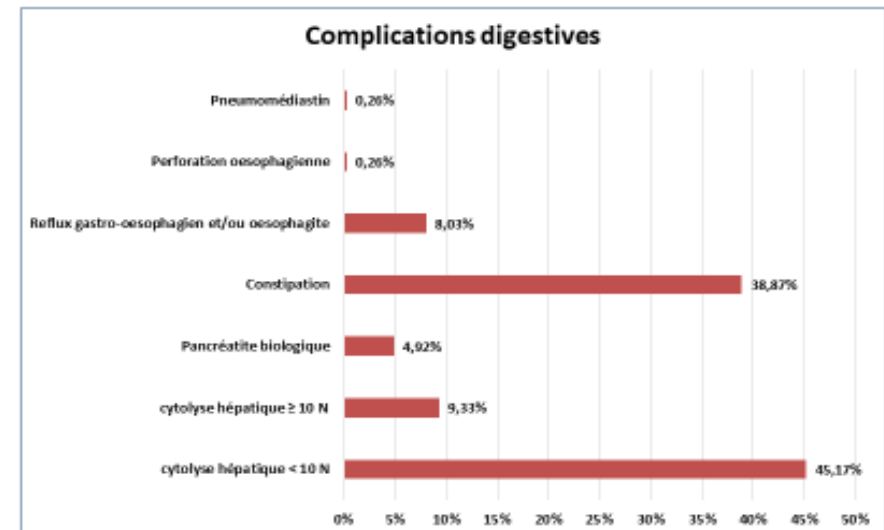
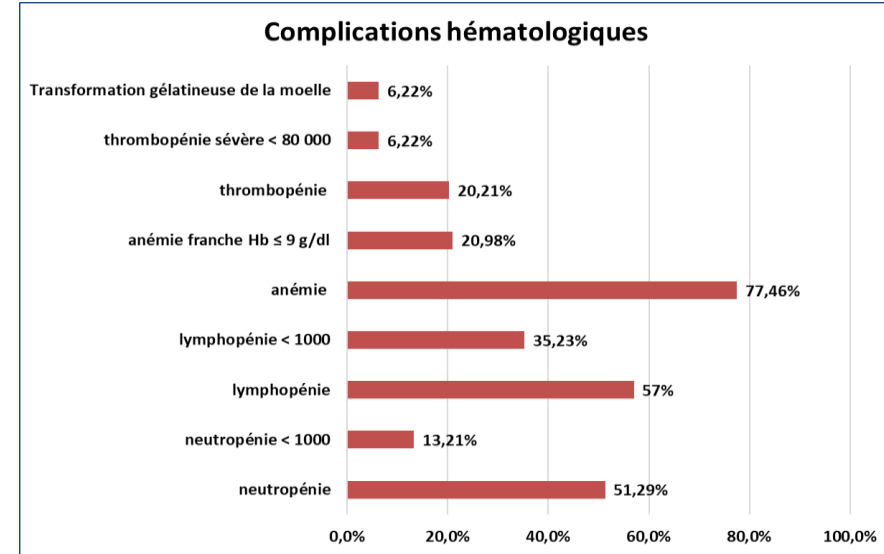
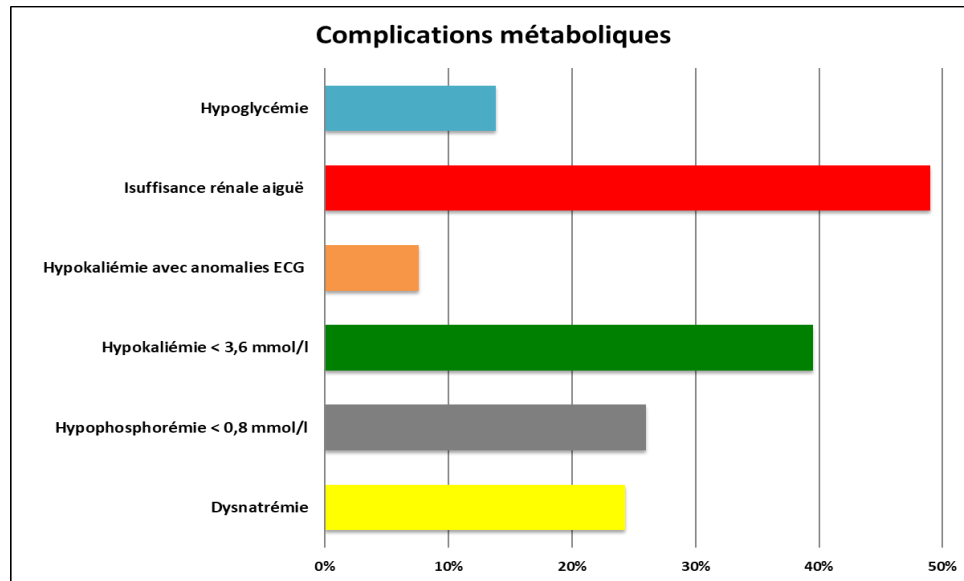


Complications cardiaques	n	%
Trouble du rythme cardiaque	6	1,7%
Insuffisance cardiaque aiguë	18	5,1%
Elévation des enzymes cardiaques	1	0,3%
Epanchement péricardique	5	1,4%

Densité minérale osseuse basse:
Ostéoporose: 34,1 % des patients
Ostéopénie: 30,2 % des patients

Morbi-mortalité pendant H1:
n=97 (25%) patients transférés en réa
n=5 patients décédés

Complications somatiques



Facteurs prédictifs de mortalité

	HR [IC 95%]	P value
Tentative de suicide	34.25 [11.04- 106.24]	9.44e-10
Antécédent de pathologie hématologique	5.77 [1.05-31.78]	0.043
Complications cardiaques	3.29 [1.27-8.55]	0.014
Dysnatrémie	2.96 [1.45- 6.05]	0.003
Transfert en réanimation	2.88 [1.38-6.01]	0.005
Sortie contre avis médical	2.78 [1.25-6.19]	0.012
Anémie (Hb ≤ 9 g/dl)	2.43 [1.16-5.10]	0.018
Complications infectieuses	2.12 [1.01-4.44]	0.046
Age plus élevé	1.07 [1.04-1.11]	2.94e-06
Durée prolongée d'hospitalisation	0.98 [0.97-1.00]	0.049

Peurs croisées

dans la prise en charge de l'anorexie

SOINS PSYCHIATRIQUES

Crainte des complications somatiques



- Et si son état somatique se dégrade ?

LA CRAINTE :
"Elle pourrait mourir."

SOINS SOMATIQUES / NUTRITIONNELS

Crainte des troubles psychiatriques



- Et si sa détresse psychique s'aggrave ?

La crainte :
"Elle pourrait se suicider."