

COMMENT J'EXPLORE ... Une anorexie mentale

A.J. Scheen (1)

RÉSUMÉ

L'exploration d'une anorexie mentale nécessite une approche multidisciplinaire, organique, diététique et psychologique. Elle vise, essentiellement, à estimer la sévérité de la maladie, en recherchant notamment les complications associées, et à définir quelques pistes pathogéniques qui permettront d'orienter au mieux la stratégie thérapeutique.

Introduction

L'anorexie mentale, maladie grave qui atteint le plus souvent la jeune fille, est loin d'être exceptionnelle dans notre société. Sa prise en charge est généralement longue et difficile et le pronostic reste réservé. Les premiers symptômes peuvent passer inaperçus ou sont banalisés, ce qui retarde souvent le diagnostic. Plus tard, la maladie s'emballa et le diagnostic devient alors évident, avec la triade des "3 A", anorexie - aménorrhée - amaigrissement. Si sa pathogénie relève indiscutablement du domaine de la psychiatrie (1), l'anorexie mentale s'accompagne fréquemment de répercussions organiques qui peuvent être graves (2, 3). Nous envisagerons, dans cet article, l'exploration de base, réservant les aspects thérapeutiques pour plus tard.

Exploration organique

L'exploration organique a trois grands objectifs : exclure une cause physique à la dégradation de l'état général et à la cachexie, évaluer l'état de sévérité de la maladie sur la base de critères objectifs et rechercher les éventuelles complications liées à l'anorexie mentale.

1. Exclure une cause organique

De nombreuses maladies, infectieuses (tuberculose, SIDA), néoplasiques ou endocriniennes (hyperthyroïdie, diabète insulino-dépendant, insuffisance surrénalienne) peuvent, théoriquement, provoquer une altération de l'état général importante et conduire à un tableau clinique comparable, au moins en partie, à celui d'une anorexie mentale. En pratique, cependant, il faut reconnaître que pareille situation est relativement rare chez la jeune fille et le diagnostic différentiel assez aisé par la simple anamnèse et l'examen clinique. Si un doute persiste, quelques examens complémentaires, judicieusement sélectionnés, permettront d'exclure l'une ou l'autre pathologie sous-jacente.

Le diagnostic différentiel le plus difficile est celui d'une insuffisance hypophysaire organique (d'origine tumorale, liée à un craniopharyngiome par exemple, ou d'origine immunologique) à laquelle ressemble, à s'y méprendre, la sidération hypophysaire fonctionnelle caractéristique de l'anorexie men-

tale. En cas de doute, une exploration par imagerie médicale hypophysaire (tomographie computerisée) doit être proposée.

2. Evaluer la sévérité de la maladie

Sur le plan organique, la sévérité de la maladie est, le plus souvent, appréciée par le déficit pondéral et, éventuellement, par la présence de comportements anormaux potentiellement dangereux.

Sur le plan pondéral, trois critères méritent d'être pris en considération : a) la perte totale de poids, c'est-à-dire la différence entre le poids maximal, généralement atteint juste avant le déclenchement de la maladie, et le poids minimal, le plus souvent mesuré au moment de la consultation; b) la vitesse de l'amaigrissement, c'est-à-dire la perte totale de poids rapportée à la durée d'évolution de la maladie; et enfin c) la sévérité du déficit pondéral, généralement la mieux appréciée (en l'absence d'oedèmes ou d'ascite) par l'indice de poids corporel. Cet indice est calculé en divisant le poids (exprimé en kilogrammes) par la taille (exprimée en mètre et élevée au carré). Les valeurs normales sont comprises entre 20 et 23 kg/m² chez la jeune fille. L'anorexie mentale peut être considérée comme modérée si l'indice de poids corporel tombe en dessous de 17,5 kg/m², sévère en dessous de 15 kg/m² et critique sur le plan vital en dessous de 12,5 kg/m².

D'éventuels comportements anormaux, susceptibles de mettre la santé en péril, aggravent bien entendu le pronostic de la maladie et doivent être recherchés. Ils consistent, le plus souvent, en vomissements répétés, abus de laxatifs et exercice physique compulsif (3).

3. Rechercher les complications

Les complications de l'anorexie mentale peuvent être liées au déséquilibre énergétique prolongé et à l'état de cachexie qui s'ensuit et/ou aux épisodes de vomissements répétés qui peuvent être observés dans un sous-groupe de jeunes filles atteintes de cette maladie (2, 3).

a) *Carence énergétique et cachexie.* — Sur le plan clinique, les anomalies les plus habituelles consistent en une quasi-disparition du tissu adipeux, une amyotrophie considérable, une peau sèche avec troubles de la microcirculation et acrocyanose, un lanugo disséminé, une hypotension artérielle. Une ostéoporose débutante peut être suspectée si la maladie évolue déjà depuis plusieurs années. Des oedèmes et, exceptionnellement, même de l'ascite peuvent être observés dans les cas extrêmes avec hypoalbuminémie sévère.

(1) Chef de Service Adjoint, Agrégé, Maître de Conférences, Université de Liège, Service de Diabétologie, Nutrition et Maladies métaboliques, Département de Médecine (Pr P.J. Lefèbvre).

Sur le plan biologique, les premières anomalies touchent le système endocrinien. Il existe systématiquement une sidération hypophyso-gonadique, d'ailleurs responsable de l'aménorrhée, avec des taux de LH, FSH et oestradiol effondrés et une réponse des gonadotrophines de type pré-pubère (FSH > LH) à l'administration de LHRH. De plus, un syndrome de T3 basse est assez souvent observé. Avec la progression de la maladie apparaissent des anomalies biologiques multiples atteignant pratiquement tous les systèmes (tableau I) (2, 3).

Tableau I. Anomalies biologiques fréquemment rencontrées dans l'anorexie mentale.

| Domaine | Perturbations |
|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Endocrinien | - ↓ LH, FSH, oestradiol - ↓ T3, ↑ reverse T3, mais TSH = - ↑ cortisol |
| Métabolique | - ↓ glycémie, ↑ cholestérolémie - ↓ créatinine (fonte musculaire) |
| Hématologique | - leucopénie, anémie, ↓ plaquettes - ↓ fer, ferritine |
| Hépatique | - ↑ TGO, TGP (cytolyse) - ↓ albumine, urée, fibrinogène |
| Néphrologique | - ↑ urée, créatinine (si déshydratation) - ↓ K, Cl, alcalose métabolique - ↓ Na, Mg, Phosphates (si vomissements et/ou laxatifs) |
| Vitaminique | - ↑ vitamine A, carotène - ↓ vitamines B12 (rare) |

Une hyponatrémie sévère peut survenir en présence d'un régime très pauvre en sel et de sudations favorisées par un exercice physique intense (3).

b) *Vomissements répétés*.— Sur le plan clinique, les vomissements répétés peuvent entraîner une oesophagite, susceptible, en cas de saignements à bas bruit, d'aggraver la carence martiale et l'anémie. Sur le plan biologique, ils provoquent aussi, quasi systématiquement, des troubles ioniques, parfois extrêmement sévères (tableau I). L'hypokaliémie est particulièrement redoutable puisqu'elle peut favoriser des arythmies cardiaques pouvant conduire au décès, surtout avec un myocarde fragilisé par la protéolyse de famine (3). La survenue d'une déshydratation importante peut parfois être responsable d'une insuffisance rénale fonctionnelle.

Exploration diététique

L'anamnèse alimentaire doit être réalisée de façon systématique, si possible avec l'aide d'un(e) diététicien(ne). Elle doit permettre d'évaluer l'apport énergétique total journalier (le plus souvent inférieur à 1000 Kcal/jour, voire 500 Kcal/jour dans les cas sévères) et de conforter le diagnostic. Cependant, s'il existe des vomissements répétés (généralement, la patiente quitte la table en cours de repas ou court aux toilettes dès la fin de celui-ci), l'anamnèse alimentaire ne permettra pas de se faire une opinion sur l'apport calorifique réel : les *ingesta* alimentaires, souvent de type boulimique, peuvent apparaître alors considérables, mais la fraction réellement **résorbée n'est, en fait, que très limitée et insuffisante**. De plus, s'il existe une activité physique compulsive, l'apport alimen-

taire pourra paraître normal en valeur absolue, mais sera relativement insuffisant pour compenser la dépense énergétique intense. L'anamnèse alimentaire permettra également de préciser les préférences alimentaires de la patiente, ce qui facilitera l'établissement d'un plan de réalimentation lors de la prise en charge thérapeutique.

Exploration psychologique

Idéalement, la patiente anorexique devrait bénéficier de l'aide d'un(e) psychiatre ou d'un(e) psychologue intéressé(e) par les troubles du comportement alimentaire. N'étant ni l'un ni l'autre, nous nous garderons donc bien d'émettre des directives précises dans ce domaine. Cependant, au vu d'une longue expérience personnelle, il nous paraît intéressant de faire partager avec le praticien de terrain quelques points particuliers.

Trois problématiques nous paraissent mériter considération. Tout d'abord, il faut rechercher les facteurs de prédisposition, susceptibles de favoriser la survenue d'une anorexie mentale. On les trouvera souvent, outre dans la personnalité même de la patiente (jeune fille perfectionniste, par exemple), dans son histoire familiale : mésentente parentale, alcoolisme chez le père, histoire d'inceste, etc... Ensuite, il faut tenter de trouver, s'il existe, un événement précis qui aurait pu déclencher la maladie à un moment donné : désillusion amoureuse (souvent dans l'imaginaire plutôt que dans le vécu réel), réflexion désobligeante sur le poids, crainte d'un échec (scolaire, par exemple), conflit latent pour lequel la patiente ne voit pas de solution, choix obligatoire vécu comme impossible, "secret étouffant", etc... Enfin, il faut s'intéresser, de façon pragmatique, aux difficultés d'insertion de la patiente dans la vie de tous les jours, éventuellement déjà présentes avant l'éclosion de la maladie, mais très souvent aggravées par celle-ci. Ces petits problèmes quotidiens, apparemment triviaux, font, en effet, perdre peu à peu confiance à la patiente et accentuent son isolement social. Bien entendu, tous ces éléments serviront de point de départ pour un travail psychothérapeutique plus approfondi, souvent de longue haleine, visant à sortir la patiente du marasme psychologique, autant que physique, qui caractérise cette pénible maladie.

Conclusions

Les grands principes de l'exploration d'une anorexie mentale énoncés ci-dessus doivent aider le médecin praticien à aborder, mieux armé, cette pathologie non exceptionnelle, mais extrêmement déroutante. Il va cependant de soi que l'exploration d'une patiente anorexique doit être individualisée en fonction des éléments particuliers révélés par une anamnèse fouillée et/ou par un examen clinique soigneux.

Bibliographie

1. GARNER DM.— Pathogenesis of anorexia nervosa. *Lancet*, 1993, **341**, 1631-1635.
2. SHARP CW, FREEMAN CPL.— The medical complications of anorexia nervosa. *Br J Psychiatry*, 1993, **162**, 452-462.
3. SCHEEN AJ.— Le cas clinique du mois. Troubles électrolytiques sévères dans l'anorexie mentale. *Rev Med Liege*, 1995, **50**, 16-17.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Dr A.J. Scheen, Département de Médecine, CHU Sart Tilman, 4000 Liège 1.