

LE CAS CLINIQUE DU MOIS

Troubles électrolytiques sévères dans l'anorexie mentale

A.J. Scheen (1)

RÉSUMÉ

Nous rapportons deux cas d'anorexie mentale grave, un peu inhabituels et tous deux caractérisés par des troubles ioniques sévères. Le premier concerne un jeune homme de 28 ans (40 kg pour 172 cm) admis aux urgences en désorientation avec agitation et crise convulsive sur hyponatrémie majeure (Na = 104 mEq/l). Quelques semaines plus tard, le même patient a été réadmis en urgence pour un coma après un effort physique intense, cette fois sur hypoglycémie profonde à 0,18 g/l. Le second cas concerne une jeune femme dont l'anorexie a débuté un an après une première grossesse menée sans problème à l'âge de 27 ans. Les troubles du comportement alimentaire ont entraîné un amaigrissement progressif jusqu'à un poids de 36,4 kg, pour une taille de 172 cm, trois années plus tard. De plus, cette patiente présente des vomissements pluriquotidiens qui ont provoqué une hypokaliémie sévère à 1,5 mEq/l, avec un allongement de l'espace QT et une extrasystolie ventriculaire inquiétante. A la lumière de ces deux cas cliniques, certains aspects de la problématique complexe de l'anorexie mentale sont brièvement discutés.

Introduction

L'anorexie mentale est une pathologie grave qui atteint le plus souvent la jeune fille (1). Sa prévalence semble être en augmentation dans notre société et la prise en charge est souvent longue et difficile (2). Elle est favorisée par une perturbation du milieu familial et peut être déclenchée par une angoisse vis-à-vis de la relation amoureuse. Bien que l'histoire rentre souvent dans un canevas relativement stéréotypé, les variantes peuvent être nombreuses et les manifestations cliniques assez diverses (1).

Nous rapportons ici deux cas d'anorexie mentale un peu particuliers. Ils se caractérisent d'une part par une survenue à l'âge adulte plutôt qu'à l'adolescence, le premier chez un jeune homme, le second chez une jeune femme après une première grossesse, et d'autre part par la gravité des perturbations électrolytiques associées.

Cas clinique n° 1

Il s'agit d'un jeune homme de 28 ans, souffrant d'une anorexie mentale depuis l'âge de 22 ans dans un contexte de grave perturbation du milieu familial (père éthylique et suicide de la mère alors que le patient avait 19 ans). Le patient a progressivement réduit ses apports alimentaires, et ce de façon de plus en plus importante. Après des études supérieures hésitantes mais finalement réussies, le patient n'est jamais parvenu à s'intégrer sur le plan socio-professionnel ni affectif. Durant les dernières semaines, les ingestas alimentaires sont devenus quasi virtuels. Par ailleurs, le patient s'astreint à une activité physique intense, variée et compulsive (marche prolongée, jogging, vélo). Le patient (40 kg pour 172 cm) est admis une première fois aux urgences du CHU Sart Tilman à la suite d'un épisode de désorientation avec agitation psychomotrice et crise convulsive à domicile. La biologie révèle d'importantes perturbations biologiques (tableau I). En particulier, il existe divers troubles ioniques, et notamment une hyponatrémie sévère (104 mEq/l), probablement responsable du tableau neurologique (3). La situation s'est rapidement améliorée avec la correction électrolytique. L'anamnèse réalisée par la diététicienne révèle alors un apport calorique estimé à 250-500 kcal/jour. L'apport sodé est très faible et insuffisant pour compenser l'excrétion urinaire (pourtant réduite au minimum) et la perte de sodium par la sueur liée aux efforts physiques répétés. Il n'y a pas de vomissements ni de prise de diurétiques. Après avoir quitté l'hôpital contre avis médical, le patient est réadmis en urgence six semaines plus tard à la suite d'une perte de conscience après un exercice physique (20 km à vélo), sans crise convulsive. La biologie révèle cette fois une natrémie modérément abaissée à 120 mEq/l, mais une hypoglycémie sévère à 0,18 g/l, ainsi qu'une aggravation des tests de cytolysse hépatique (tableau I). La récupération neurologique a été rapide après injection intraveineuse d'une solution

Tableau I.

Troubles biologiques observés dans deux cas cliniques d'anorexie mentale.

Paramètre	Normes	Cas n° 1	Cas n° 2
Hémoglobine	12,2 - 15,9 g/dl	10,1	13,7
Leucocytose	4.300 - 10.600/mm ³	1.500	5.500
Albumine	39 - 55 g/l	40,0	51,3
Glucose	0,6 - 1,0 g/l	0,82 (*)	0,94 (&c)
Urée	0,15 - 0,45 g/l	0,10	0,14
Créatinine	6 - 11 mg/l	9	8
Na	135 - 145 mEq/l	104	130
K	3,8 - 5,2 mEq/l	3,3	1,5
Cl	98 - 108 mEq/l	79	73
Ca	2,15 - 2,55 mmol/l	2,09	2,32
P	25 - 40 mg/l	33	31
TGO	0 - 30 UI/l	59 (°)	36
TGP	0 - 30 UI/l	38 (°)	29

(*) 0,18 g/l 6 semaines plus tard avec coma hypoglycémique.

(°) TGO : 93 UI/l et TGP : 90 UI/l 6 semaines plus tard.

(&c) Non à jeun.

glucosée. Le patient ne pesait plus que 36,5 kg, ce qui correspond à un indice de poids corporel de 12,3 kg/m². Il a alors été hospitalisé de façon prolongée à l'Unité métabolique pour renutrition entérale (+ 10 kg en 4 semaines). Il a ensuite pu quitter l'hôpital avec maintien d'un suivi ambulatoire strict hebdomadaire, sur le plan physique et psychologique.

Cas clinique n° 2

Il s'agit d'une jeune femme âgée de 31 ans. Le père, alcoolique, est décédé en 1990 d'une thrombose cérébrale. Selon les dires de la patiente, il l'aurait un jour menacée de mort alors qu'elle avait 13 ans. Les antécédents personnels sont sans particularité, mis à part le fait que la patiente a dû porter un corset orthopédique entre l'âge de 15 et 18 ans. Il est intéressant de noter qu'elle a déjà présenté un court épisode d'anorexie à 18 ans, rapidement réversible avec l'enlèvement du corset qui était de plus en plus mal toléré sur le plan psychologique. La patiente s'est mariée en 1988. Elle travaille comme assistante sociale. Après deux fausses couches, elle mène à bien une grossesse en 1991 (prise normale de 12 kg, de 55 à 67 kg). Un an plus tard, la patiente commence une anorexie, avec nausées et vomissements de plus en plus fréquents, dans

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

un contexte de difficultés relationnelles avec sa mère et son mari. Le poids tombe à 40 kg, la patiente devient aménorrhéique et n'a plus de vie sexuelle active depuis près de deux ans. Elle doit être hospitalisée quelques jours au printemps 1994, après une intoxication médicamenteuse sans gravité, probablement volontaire. Depuis lors, elle présente plusieurs vomissements quotidiens, pratiquement après chaque prise alimentaire. Le poids tombe progressivement jusque 36,4 kg (indice de poids corporel : 12,3 kg/m²) et la patiente développe des troubles électrolytiques sévères, dont notamment une hypokaliémie marquée à 1,5 mEq/l (tableau I). L'examen clinique révèle un pouls irrégulier et l'électrocardiogramme objective un fond de bradycardie sinusale à 48/min, avec un allongement considérable de l'espace QT à 0,72 sec (valeur normale < 0,42 sec), sans onde U clairement identifiée, et une extrasystolie ventriculaire fréquente, bigémisée, polytope, parfois en doublets et triplets, potentiellement dangereuse (fig. 1) (4). Une hospitalisation en urgence est alors décidée pour correction des troubles électrolytiques et réalimentation intensive.

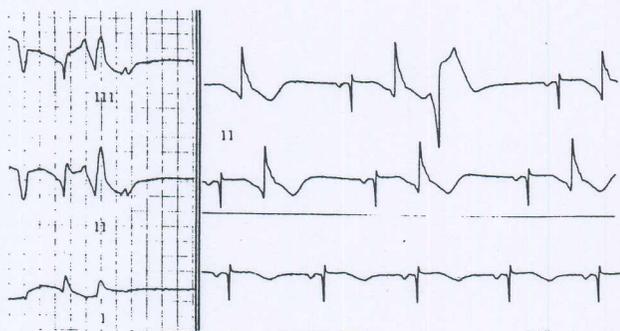


Fig. 1. Tracé électrocardiographique dans le cas n° 2 d'anorexie mentale. La partie gauche montre un court enregistrement des dérivations DI, DII et DIII tandis que la partie droite correspond à un plus long tracé enregistré en DII. A noter l'allongement du QT et l'extrasystolie ventriculaire importante.

Discussion

L'anorexie mentale survient le plus souvent à l'adolescence, avec une nette préférence féminine (sex ratio estimé à plus de 10 femmes pour 1 homme) (1). Dans notre expérience, une notion d'éthylisme chez l'un ou l'autre parent (le plus souvent chez le père) est loin d'être exceptionnelle. Elle se retrouve d'ailleurs dans les deux cas rapportés. Ainsi que l'illustrent les deux histoires cliniques, cette maladie peut survenir à un âge plus avancé et également toucher le sexe masculin. Classiquement, l'anorexie mentale chez l'homme est considérée comme une maladie plus sévère, souvent reflet d'un état psychotique et avec un pronostic moins favorable. Au cours des vingt dernières années, un seul autre jeune homme a été hospitalisé dans l'Unité métabolique de notre Service universitaire de Médecine interne. Le cas était, de fait, particulièrement sévère et le patient a failli décéder durant son hospitalisation d'une septicémie fulminante. L'anorexie mentale chez la jeune fille est beaucoup plus fréquente et semble avoir connu une expansion depuis les années 70 (1). La décompensation anorexique dans les suites immédiates d'une grossesse est cependant plutôt inhabituelle et représente en fait un cas exceptionnel parmi les quelques dizaines de patientes suivies au cours des dernières années dans notre service. Il est important alors de faire le diagnostic différentiel avec une dépression du post-partum, dont la prévalence dans cette période de la vie est bien plus importante que l'anorexie mentale vraie.

Si l'anorexie mentale commence souvent de façon insidieuse, les stades ultimes peuvent aboutir à des situations graves (5) et parfois au décès (5 à 15 % des cas dans certaines statistiques, y compris par suicide) (4, 6). Les troubles ioniques jouent probablement un rôle non négligeable dans nombre de ces issues fatales. Ils connaissent, le plus souvent, une origine multiple : apport électrolytique insuffisant en raison de la restriction alimentaire,

sudations favorisées par une activité physique compulsive (cas clinique n° 1), vomissements répétés, spontanés ou plus volontiers provoqués (cas clinique n° 2), enfin prise intempestive de diurétiques et/ou de laxatifs (problème assez fréquemment rencontré, mais non objectivé ici).

Ces perturbations ioniques peuvent favoriser un allongement de l'espace QT et entraîner une arythmie cardiaque maligne, en particulier une extrasystolie ventriculaire susceptible de dégénérer en torsade de pointe ou en fibrillation ventriculaire (cas clinique n° 2). Il s'agit probablement là de la cause de décès la plus fréquente (4), d'autant plus que le myocarde est fragilisé par une dégénérescence cellulaire liée à la carence protéique et vitaminique chronique.

Les troubles électrolytiques peuvent également provoquer un iléus gastro-intestinal (5) et parfois favoriser la survenue de complications majeures, en particulier lors d'une renutrition entérale trop intensive. Nous avons eu connaissance de deux jeunes filles (l'une hospitalisée au CHR La Citadelle, l'autre hospitalisée au CHU Sart Tilman), chez lesquelles une dilatation considérable de l'estomac a abouti à la nécrose de la paroi gastrique et a nécessité une gastrectomie totale; l'une est finalement décédée et l'autre a survécu, mais est devenue diabétique insulinodépendante, car l'intervention chirurgicale avait dû être complétée par une duodéno-pancréatectomie.

Enfin, les perturbations ioniques, en particulier l'hyponatrémie, peuvent être responsables d'accidents neurologiques, notamment de type convulsif, comme dans le cas clinique n° 1 (3).

Une autre cause de décès possible est la survenue d'un coma hypoglycémique (7, 8). Il est favorisé par un apport calorique réduit au strict minimum, par un épuisement des réserves énergétiques endogènes et par le maintien d'une activité physique, souvent compulsive et jusqu'à l'extrême limite des forces du sujet (cas clinique n° 1). Le coma hypoglycémique est cependant rare (3, 5) et le cas rapporté ici représente en fait le premier accident de ce type dans la série de patients que nous avons suivis jusqu'à présent.

En conclusion, l'anorexie mentale est une pathologie grave, certes d'origine psychologique, mais pouvant conduire à des complications organiques sévères et variées (5). Une prise en charge mixte, par un psychiatre et par un interniste intéressés par les troubles du comportement alimentaire, est le plus souvent conseillée (2). Le pronostic reste toutefois réservé dans de nombreux cas puisque les statistiques publiées rapportent au mieux 50 % de guérison complète.

Bibliographie

- GARNER DM. — Pathogenesis of anorexia nervosa. *Lancet*, 1993, 341, 1631-1635.
- BEUMONT PJV, RUSSEL JD, TOUYZ SW. — Treatment of anorexia nervosa. *Lancet*, 1993, 341, 1635-1640.
- PATCHELL RA, FELLOWS HA, HUMPHRIES LL. — Neurologic complications of anorexia nervosa. *Acta Neurol Scand*, 1994, 89, 111-116.
- ISNER JM, ROBERTS WC, HEYMSFIELD SB, YAGER J. — Anorexia nervosa and sudden death. *Ann Intern Med*, 1985, 102, 49-52.
- SHARP CW, FREEMAN CPL. — The medical complications of anorexia nervosa. *Br J Psychiatry*, 1993, 162, 452-462.
- CRISP AH, CALLENDER JS, HALEK C, HSU LKG. — Long-term mortality in anorexia nervosa. *Br J Psychiatry*, 1992, 161, 104-107.
- SCHEEN AJ, CASTILLO M, LEFEBVRE PJ. — Insulin sensitivity in anorexia nervosa. A mirror image of obesity? *Diabetes Metab Rev*, 1988, 4, 681-690.
- RICH LM, CAINE MR, FINDLING JW, SHAKER JL. — Hypoglycemic coma in anorexia nervosa. *Arch Intern Med*, 1990, 150, 894-895.

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