

L'ANOREXIE MENTALE :

AUX CONFINS DE LA PSYCHIATRIE ET DE LA MÉDECINE SOMATIQUE

SCHEEN AJ (1)

RÉSUMÉ : L'anorexie mentale (AM) est un trouble fonctionnel alimentaire d'origine multifactorielle, sans que l'on puisse objectiver une maladie organique sous-jacente. On distingue l'AM restrictive pure et l'AM-boulimie avec purge, le plus souvent chez la jeune fille. Il s'agit d'une maladie essentiellement psychologique, mais qui s'accompagne assez rapidement de diverses complications organiques. Le déficit pondéral peut être majeur et des carences diverses apparaissent dans ces conditions. Par ailleurs, des comportements aberrants peuvent également être présents et donner des complications sévères. La prise en charge conseillée est pluridisciplinaire sans qu'aucune stratégie ait clairement démontré une véritable supériorité. Dans les cas avec sévérité majeure, qu'elle soit d'ordre psychologique/psychiatrique ou somatique, une hospitalisation en milieu spécialisé s'avère alors indispensable. L'issue est souvent incertaine et le pronostic reste réservé dans bien des cas.

MOTS-CLÉS : *Maigrissement - Anorexie mentale - Complications - Traitement - Vomissement*

ANOREXIA NERVOSA, A FUNCTIONAL DISORDER BETWEEN PSYCHIATRY AND SOMATIC MEDICINE

SUMMARY : Anorexia nervosa (AN) is a functional eating disorder with a multifactorial origin without an underlying somatic disease. Two types of AN should be distinguished, pure restrictive AN and AN-bulimia with purging, most often among young females. AN is mainly a psychological disease, but it leads quite early to various somatic complications. Weight loss may be dramatic and different deficiencies then occur. Besides anorexia, aberrant behaviours may be present, which may be associated with severe complications. Management should be pluridisciplinary, yet no strategy has proved clear superiority. In cases with profound severity, either psychological/psychiatric or somatic, a hospitalization in a specialized unit becomes essential. The outcome remains uncertain and the final prognosis remains reserved in most cases.

KEYWORDS : *Anorexia nervosa - Complications - Treatment - Vomiting - Weight loss*

INTRODUCTION

L'anorexie mentale (AM) peut se définir comme un refus de s'alimenter sans qu'il y ait un substratum organique évident. Elle fait partie des troubles fonctionnels du comportement alimentaire et en constitue, sans doute, la forme la plus grave (1). L'AM atteint presque exclusivement l'adolescente ou la jeune femme et survient souvent dans le décours de la puberté (2). Dire non à la nourriture équivaut à dire non à la vie. En effet, il faut bien manger pour vivre et, dans ses formes extrêmes, l'anorexie peut conduire à la mort (3). Mais même avant cette issue fatale, la personne atteinte d'AM se prive de la joie de vivre. Il s'agit d'une maladie mystérieuse où une composante génétique est possible, mais dans laquelle des influences environnementales, sociéto-familiales, jouent un rôle déterminant. Ce déterminisme oriente vers une prise en charge psychologique spécialisée dans un contexte pluridisciplinaire (3). Cette maladie s'accompagne souvent de complications organiques multiples, parfois sévères et même fatales, qui nécessitent une surveillance

médicale stricte et requièrent parfois une hospitalisation en urgence (4). Il est indispensable de mieux comprendre cette maladie, dans toutes ses facettes, pour mieux pouvoir la prendre en charge. Il est estimé que la phase anorexique dure en moyenne 1,5 à 3 ans; après 5 années d'évolution, environ 2/3 des patientes en guérissent, même si une fragilité peut persister; si la maladie persiste au-delà de 5 ans, on parle d'AM chronique. Cette maladie voit sa prévalence augmenter, ce qui en fait un problème de santé publique, notamment dans la population féminine jeune. Elle est suffisamment grave que pour avoir justifié une publication dédiée à l'AM par la Haute Autorité de Santé en France en 2010 (5) ainsi que des articles de revue dans des journaux majeurs de renom (6-9).

DÉFINITION

L'AM est un trouble du comportement alimentaire d'origine multifactorielle. Les critères les plus utilisés pour définir l'AM sont ceux du DSM-5 (manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) dans le chapitre intitulé «Troubles des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments» (10). Le DSM-5 propose ainsi trois critères :

a) restriction alimentaire, conduisant à un poids corporel significativement bas en fonction

(1) Service de Diabétologie, Nutrition et Maladies métaboliques, CHU Liège, Belgique.

de l'âge, du sexe, de la trajectoire développementale ainsi que de la santé physique;

b) peur intense de prendre du poids ou de devenir «grosse», ou comportements persistants à l'encontre de la prise de poids, alors que ce dernier est bien trop bas;

c) 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 manque persistant de reconnaître la gravité relative à la maigreur actuelle.

Cependant, l'expression clinique de l'AM dépasse parfois ce cadre nosologique rassemblant les trois critères. En fait, la forme subsyndromique, ne répondant pas strictement aux critères diagnostiques du DSM-5, est plus fréquente que la forme complète. À noter que le critère d'aménorrhée a été supprimé dans le DSM-5 car, du fait de la prise de contraceptions oestroprogestatives, l'aménorrhée peut être absente.

L'AM est un trouble du comportement alimentaire essentiellement féminin qui apparaît le plus souvent à l'adolescence. Il entraîne une privation alimentaire stricte et volontaire pendant plusieurs mois, voire plusieurs années. L'AM est très souvent liée à des troubles psychologiques, mais est fréquemment associée avec des complications somatiques. Elle se situe donc à la frontière entre psychiatrie et médecine somatique.

Les premiers symptômes de l'AM peuvent passer inaperçus, car ils sont cachés par l'intéressée ou, d'abord, banalisés par l'entourage, ce qui retarde souvent le diagnostic. Plus tard, la maladie s'emballe et le diagnostic devient alors évident avec la triade des «3 A», anorexie - aménorrhée - amaigrissement (2). L'amaigrissement est le signe d'appel le plus inquiétant qui pousse l'entourage à solliciter l'aide médicale : souvent spectaculaire, il dépasse 25 % du poids initial (parfois légèrement excessif, ce qui peut d'ailleurs contribuer à initier les troubles du comportement alimentaire) et peut même atteindre 50 %. Cet amaigrissement résulte de l'anorexie et entraîne secondairement l'aménorrhée.

L'AM traduit un mal-être que la jeune femme exprime au travers de sa maladie, fréquemment devenue son seul mode de communication. Il existe généralement un trouble de l'image de soi et du schéma corporel. Alors que le début de la maladie voit souvent une adolescente ou une jeune femme euphorique et hyperdynamique, le stade tardif offre, généralement, la triste image d'un être décharné et apathique. Si l'AM peut être considérée comme une maladie psychiatrique, elle s'accompagne fréquemment

de répercussions organiques qui peuvent être graves et hypothéquer le pronostic vital (4). Ces complications dépendent le plus souvent du type d'anorexie et de la présence de comportements aberrants associés.

Dans le DMS-5 (10), il a été proposé de distinguer l'AN typique, où il existe un déficit pondéral majeur, et l'AN atypique, où le trouble du comportement alimentaire est présent, mais sans être associé à un poids très déficitaire. La distinction entre ces deux formes a, cependant, fait l'objet de controverses (11).

TYPES DE TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

Même si l'AM est une maladie relativement bien typée, il existe indiscutablement une hétérogénéité dans les caractéristiques du comportement alimentaire, les traits de personnalité de la patiente et l'existence éventuelle d'autres comportements aberrants (2, 4). On distingue généralement l'AM restrictive pure et l'AM-boulimie, mais une même patiente peut parfois passer d'un stade à l'autre.

1) ANOREXIE RESTRICTIVE PURE

L'AM restrictive pure est caractérisée, d'abord, par une sélection progressive des aliments les moins caloriques, puis par une limitation de plus en plus sévère des ingesta. Plus ou moins rapidement, l'apport calorique devient marginal, parfois inférieur à 500 kcal/jour. La perte de poids est le symptôme d'appel à l'avant-plan. La patiente cache la nourriture et a de plus en plus des comportements d'évitement qui conduisent à l'isolement progressif, notamment au moment des repas.

Il convient d'évaluer l'état de sévérité de la maladie sur la base de critères objectifs : la perte de poids globale, la vitesse de l'amaigrissement et la sévérité du déficit pondéral actuel. Cette dernière est généralement appréciée par l'indice de masse corporelle (IMC). L'AM peut être considérée comme modérée si l'IMC 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.

2) ANOREXIE - BOULIMIE AVEC PURGE

Certaines patientes alternent des périodes de restriction alimentaire, relativement sévères, entrecoupées de brèves périodes de boulimie, très culpabilisantes, parfois associées à des vomissements : le bilan se solde par un déficit

calorique conduisant à l'amaigrissement progressif, généralement moins rapide et moins sévère cependant que dans l'AM restrictive pure. Une présentation alternative consiste en la présence de crises de boulimie suivies systématiquement de vomissements provoqués sans nécessairement de phases d'anorexie vraie; ce comportement de purge peut conduire à l'obsession et devenir un véritable rituel. Dans ces conditions, le poids peut rester plus ou moins stable et le trouble du comportement alimentaire, caché par la patiente au prix de ruses diverses, peut rester longtemps ignoré de l'entourage (AM atypique) (11).

3) AUTRES COMPORTEMENTS ABERRANTS

À côté des troubles du comportement alimentaire décrits ci-dessus, certaines patientes avec AM présentent d'autres troubles du comportement, souvent de type compulsif. Les plus fréquents sont l'activité physique poussée à l'extrême, l'abus de laxatifs, voire de diurétiques, ou encore la potomanie. Ces attitudes contribuent à aggraver les pertes caloriques et à accélérer la perte pondérale, tout en exposant la patiente à certaines complications spécifiques, notamment des troubles hydro-électrolytiques (voir ci-dessous). L'hyperactivité motrice (et intellectuelle) qui caractérise la maladie à son début finit cependant par s'éteindre lorsque l'anorexie progresse, essentiellement en raison d'une fatigue croissante et d'une faiblesse musculaire liée à l'amyotrophie de plus en plus prononcée.

COMPLICATIONS ORGANIQUES

Schématiquement, les complications organiques, physiques et biologiques les plus fréquentes dans l'AM peuvent être réparties en trois grandes catégories (12, 13) (Tableau I). Il peut exister certaines différences entre l'AM typique et l'AM atypique (14).

1) COMPLICATIONS TRIBUTAIRES DE LA CARENCE ÉNERGÉTIQUE PROPREMENT DITE

Diverses complications, cliniques ou biologiques, de la maladie peuvent être liées au déséquilibre énergétique prolongé et à l'état de cachexie qui s'ensuit. Les anomalies électrocardiographiques sont fréquentes et diverses; certaines sont dues à la diminution du métabolisme basal et à l'augmentation du tonus vagal (bradycardie sinusale, microvoltage), d'autres sont secondaires aux troubles ioniques, notamment l'hypokaliémie (allongement de l'espace QT,

extrasystolies ventriculaires, parfois malignes) (15). L'hypotension artérielle est la règle, surtout à l'orthostatisme, et elle peut provoquer des syncopes. L'hypoglycémie est rare et survient généralement au stade terminal ou peut être favorisée par un exercice prolongé (15). Elle peut exceptionnellement entraîner le décès. Des troubles de l'hémogramme peuvent apparaître, traduisant différentes carences. L'anémie est assez rare, secondaire à un déficit en fer, en acide folique et/ou en vitamine B12. La leucopénie est plus fréquente et peut favoriser des infections, surtout si elle est associée à une hypogammaglobulinémie. Enfin, l'hypoprotéïnémie et l'hypoalbuminémie sont rares mais, si elles sont présentes et suffisamment sévères, elles peuvent entraîner exceptionnellement des oedèmes. Lorsque la carence protéique est devenue très sévère, une fatigabilité musculaire rapide est observée. Le myocarde y participe et une cardiomyopathie responsable d'une insuffisance cardiaque peut exceptionnellement être observée. Des perturbations hépatiques peuvent également être observées avec un foie stéatosique, d'origine carencielle.

Les perturbations endocriniennes sont classiques et variées dans l'AM (16, 17). La privation énergétique et l'amaigrissement entraînent rapidement une mise au repos de l'axe hypothalamo-hypophysio-gonadique dont le stigmate le plus apparent est la survenue d'une aménorrhée. Celle-ci peut perdurer un certain temps après la récupération d'un poids acceptable. Dans l'adolescence, l'AM sévère s'accompagne généralement de troubles de la croissance, notamment liés à des perturbations majeures de l'axe hormone de croissance – IGF («Insulin Growth Factor»), mais aussi à un hypercortisolisme et à une diminution des concentrations de triiodothyronine («low T3 syndrome»).

Les anomalies des téguments sont fréquentes dans l'AM restrictive multi-carencielle, avec sécheresse de la peau, ongles cassants, pilosité accrue (lanugo), extrémités froides et cyanosées (acrocyanose très fréquente). Lorsque l'AM est suffisamment prolongée, même d'intensité modérée, une ostéoporose est la règle, liée à la combinaison de la carence oestrogénique et d'un déficit massif d'apport calcique. Des suppléments de vitamine D sont recommandés.

Enfin, des anomalies structurelles et fonctionnelles cérébrales ont été décrites récemment, notamment grâce à l'utilisation d'une imagerie de plus en plus performante (18). Elles sont cependant bien moins connues que les autres complications rapportées ci-dessus.

Tableau I. Principales complications, cliniques et biologiques, rencontrées dans l'anorexie mentale

TROUBLES	COMPLICATIONS
Endocriniens	Anovulation, aménorrhée, trouble de croissance
Métaboliques	Hypoglycémie, hypercholestérolémie, rarement hypoalbuminémie
Hématologiques	Anémie, leucopénie
Immunologiques	Hypogammaglobulinémie
Electrolytiques	Troubles ioniques (↑ Na, K, Cl, P, Mg) (surtout si vomissements)
Digestifs	Gastroparésie, iléus intestinal, stéatose hépatique
Cardio-vasculaires	Hypotension, bradycardie, troubles du rythme, insuffisance cardiaque
Rénaux	Insuffisance rénale
Neurologiques	Dépression, moindre performance intellectuelle, convulsions
Osseux	Ostéoporose
Musculaires	Amyotrophie, perte de force musculaire
Cutanés	Sécheresse de la peau, ongles cassants, pilosité accrue, acrocyanose
Dentaires	Déchaussement dentaire, caries, gingivite

2) COMPLICATIONS LIÉES AUX COMPORTEMENTS ABERRANTS ASSOCIÉS

Les éventuelles complications, cliniques ou biologiques, de la maladie peuvent parfois résulter des comportements aberrants associés, souvent observés dans l'AM, plutôt que de la carence énergétique proprement dite. C'est le cas lors de vomissements de purge répétés, ou lors de la prise compulsive de laxatifs ou de diurétiques, responsables de troubles électrolytiques sévères, comme l'hypokaliémie (19). Cette dernière peut ralentir la motilité gastrointestinale (gastroparésie, iléus) mais aussi, et surtout, être parfois responsable d'arythmies cardiaques (15). Ces dernières, sur un myocarde fragilisé par la carence protéique, peuvent aboutir à des torsades de pointe et des fibrillations ventriculaires, responsables de mort subite. L'hyponatrémie est plus rare, liée à la combinaison d'un régime désodé, de la prise éventuelle de diurétiques et/ou des sudations liées à l'exercice physique. Elle peut exceptionnellement être à l'origine de convulsions (15) Une insuffisance rénale, au moins fonctionnelle secondaire à l'hypokaliémie et l'hypovolémie, n'est pas rare chez les patientes avec AM sévère (19). Enfin, les vomissements acides répétés peuvent aboutir à des oesophagites, des gingivites, des érosions de la dentition et des déchaussements dentaires.

3) COMPLICATIONS SECONDAIRES À LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE

La patiente avec AM sévère est parfois tellement cachectique que la situation médicale

impose la mise en route de manœuvres thérapeutiques urgentes qui peuvent, cependant, dans ce contexte particulier, s'avérer potentiellement dangereuses. Il est donc important que le corps médical soit averti de quelques risques et fasse preuve de prudence à cet égard. Quatre complications iatrogènes majeures peuvent être rencontrées. La première est le syndrome de réalimentation, caractérisé par des troubles hydro-électrolytiques et des perturbations cardiaques, hématologiques et neurologiques, dont les plus sérieuses peuvent aboutir à une mort subite inattendue. Une déplétion corporelle en phosphore et une hypophosphatémie sévère ont été impliquées dans ce phénomène (19). La deuxième est la survenue d'une distension gastrique majeure dans les suites d'une réalimentation entérale trop rapide. Il faut, en effet, savoir que les carences multiples et les troubles ioniques favorisent une gastroparésie qui peut aboutir à une véritable gastroparésie. La distension excessive de l'estomac lors d'une réalimentation forcée peut conduire à des nécroses ischémiques de la paroi gastrique, avec, exceptionnellement comme conséquence, l'obligation médicale de procéder à une gastrectomie. La troisième complication est la survenue d'un pneumothorax lors de la mise en place d'une voie veineuse centrale pour réalimentation parentérale ou pour corriger des troubles ioniques sévères (hypokaliémie). La voie sous-clavière est particulièrement dangereuse et la voie jugulaire doit être préférée. Enfin, la quatrième consiste en la survenue d'infections graves de type septicémie. En effet, en raison de la diminution des moyens de défense de

l'organisme chez une personne en mauvais état général, fragilisée et immunodéprimée, il existe une sensibilité accrue aux infections, notamment les septicémies favorisées par les cathéters veineux et la porte d'entrée bactérienne qu'ils représentent. La pose et le maintien de ces cathéters seront donc limités au strict minimum chez les patientes avec AM sévère.

CAUSES DE L'ANOREXIE

Si les causes de l'AM restent largement méconnues et s'il existe probablement une certaine composante génétique (mais encore mal identifiée), il ne fait aucun doute que les facteurs environnementaux, sociaux, culturels et familiaux, jouent un rôle capital dans le développement et l'entretien de la maladie (7-9). Si l'AM inquiète sur le plan organique, elle n'en trouve pas moins sa cause dans un profond dysfonctionnement psychologique.

L'AM se révèle souvent pendant la puberté, période clé de l'autonomisation sociale et de la sexualisation durant laquelle les individus sont focalisés sur l'image du corps et l'image de soi (3). L'AM peut être considérée comme une maladie à message vis-à-vis de l'entourage et représente souvent un des rares (voire le seul) moyens de communication, permettant de faire transparaître le mal-être, le mal de vivre, qui ronge la patiente depuis un certain temps déjà. L'AM ne trouve alors sa raison d'être qu'à travers l'entourage de la patiente. Dans notre expérience personnelle, deux thématiques sont souvent retrouvées, le secret étouffant et le choix impossible, face auxquelles la patiente ne trouve aucune issue. Les identifier demande une «enquête» approfondie, menée avec tact et après avoir créé un climat de confiance entre le soignant et la patiente. Rechercher puis proposer une solution crédible et gérable peut parfois entraîner une guérison rapide, spectaculaire et inespérée.

Les facteurs conduisant à l'AM peuvent être schématiquement divisés en trois grandes catégories : les facteurs prédisposants, les facteurs déclenchants et les facteurs pérennisants (6-9). Les facteurs prédisposants peuvent avoir une composante génétique, mais sont plus souvent à rechercher dans les traits de personnalité de la patiente (par exemple, perfectionnisme couplé à une faible estime de soi) et/ou dans l'histoire familiale. Classiquement, il est fait mention d'un père absent (physiquement et/ou moralement, parfois avec un contexte d'alcoolisme) et d'une mère plutôt hyperprotectrice avec un

état fusionnel mère-fille. Les facteurs déclenchants peuvent être assez variables, mais on peut retrouver un traumatisme physique ou psychologique, dont une agression sexuelle, qui déclenche le processus (parfois avec un certain délai), mais qui n'est que rarement révélé par la patiente, au moins au début de la prise en charge. Parmi les facteurs de chronicisation, on peut évoquer divers facteurs psychologiques, biologiques et neurocognitifs. En effet, après une restriction alimentaire prolongée, le corps finit par s'adapter en modifiant son système de régulation du métabolisme, de l'appétit et de l'humeur, avec notamment une altération des circuits de la récompense.

PRISE EN CHARGE

L'exploration d'une AM 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 (20). L'AM est considérée, à juste titre, comme une maladie difficile à soigner (21), pour diverses raisons, notamment en raison de l'absence de médicaments ayant véritablement fait la preuve de leur efficacité (22). Elle nécessite souvent une prise en charge pluridisciplinaire intégrative (3).

La conduite du traitement ne peut être stéréotypée, mais doit être ajustée, non seulement en fonction des caractéristiques de la patiente (dont, bien entendu, l'âge), mais aussi de la sévérité de la maladie et du moment de la prise en charge par rapport à l'histoire naturelle de ce trouble fonctionnel complexe (2). Il est nécessaire de considérer à la fois le symptôme, la personnalité de la patiente et le contexte familial (3). La réponse thérapeutique doit être graduée en fonction de chaque cas. Le médecin généraliste est souvent consulté en première ligne et joue un rôle important dans l'orientation du traitement. La technique du «contrat de poids» est souvent utilisée, mais pas toujours efficace. L'hospitalisation doit être gardée en réserve, comme moyen ultime, afin de lui conserver toute sa force; elle ne doit être proposée (imposée) ni trop tôt, ni trop tard. Elle peut se faire, selon les cas, soit en milieu (pédo)psychiatrique, soit dans un service de pédiatrie ou de médecine interne. Elle permet d'isoler la patiente de son entourage familial (parfois toxique au départ ou devenu toxique avec l'évolution de la maladie qui, inexorablement, entraîne des tensions

intrafamiliales de plus en plus critiques), isolement qui peut s'avérer bénéfique.

Comme l'exploration, la prise en charge d'une AM doit, idéalement, comporter trois volets : organique, diététique et psychologique (2). Dans les trois domaines, il faut, avant tout, gagner la confiance de la patiente, en lui consacrant de longues heures d'écoute et en lui faisant comprendre que le soignant qu'elle voit dans un premier temps comme un intrus, voire un ennemi, peut rapidement devenir son allié pour la protéger de son entourage, pour mieux contrôler ses comportements anormaux et pour retrouver peu à peu l'indispensable confiance en soi. Tout l'art est de pouvoir se montrer à la fois conciliant et ferme, rassurant et exigeant, patient et déterminé (2). Une thérapie familiale peut être utile, mais s'avère souvent délicate à entreprendre et à mener à terme. Une approche comportementale est souvent conseillée (23). Une revue récente a cependant conclu que les succès des approches psychologiques restent modestes dans l'AM, sans qu'aucun type de prise en charge n'ait clairement démontré une supériorité par rapport aux autres (24). Nous limiterons ici notre propos à un bref rappel des principes de l'approche organique.

L'approche organique dépend surtout de la sévérité du déficit pondéral et de l'existence, ou non, de complications cliniques ou biologiques décrites ci-avant. Outre la correction des complications aiguës (troubles électrolytiques, notamment), elle passe généralement par une prise en charge nutritionnelle intégrée (25, 26). Néanmoins, si l'état cachectique est suffisamment sévère, une réalimentation «forcée» représente souvent une étape obligée. Le «gavage», jadis classique, est critiqué par certains en raison de son aspect artificiel et de ses dangers potentiels. À nos yeux, il garde cependant une place à un moment crucial de la maladie, à condition qu'il s'intègre dans une approche plus globale (2). Un premier essai contrôlé randomisé relativement récent comparant une renutrition à haut contenu calorique (2.000 kcal/jour) *versus* à un plus faible niveau calorique (1.400 kcal/jour) a montré la supériorité de la première stratégie, au moins à court terme, en réduisant, notamment, la durée d'hospitalisation (27). Dans notre expérience en milieu hospitalier (unité métabolique), il est, cependant, illusoire d'espérer que la patiente parvienne à se réalimenter suffisamment dans un délai relativement bref et toute approche psychologique est souvent vouée à l'échec chez une patiente véritablement décharnée. Cette réalimentation forcée est souvent mal vécue par la patiente qui fera tout pour y échapper. Il est aisément compréhensible que

la jeune femme anorexique accepte difficilement un traitement allant à l'opposé de son désir profond le plus cher (continuer à perdre du poids ou, à tout le moins, ne pas regrossir). De plus, elle ne peut accepter de perdre le contrôle sur sa maladie et de laisser à une tierce personne (en l'occurrence, le soignant) prendre les rênes du pouvoir. En effet, elle peut utiliser sa maladie pour montrer sa capacité de contrôle, ce qui la rassure. Il s'agit, en fait, d'un substitut, un contrôle strict sur la nourriture et le poids alors qu'elle ne parvient pas à contrôler d'autres situations critiques.

La préférence sera donnée à une alimentation entérale, à l'aide d'une microsonde nasogastrique, plutôt qu'à une alimentation parentérale, plus coûteuse et plus dangereuse. Si la prise pondérale ne se fait pas de façon régulière sous cet apport calorique imposé, il faut soupçonner une manipulation de la part de la patiente, même si elle le nie farouchement, et instaurer des moyens de contrôle visant à rendre impossible semblable réaction d'évitement. Sinon, l'hospitalisation risque de se prolonger indûment, sans prise pondérale satisfaisante et donc, sans réel bénéfice. Cette période doit être mise à profit pour établir/renforcer la confiance et instaurer un dialogue constructif avec la patiente, de façon à permettre, dès que possible, la transition d'une attitude passive, voire négative, à une attitude proactive, positive.

Comme un symptôme essentiel de la maladie est le trouble du comportement alimentaire, il paraît logique de faire appel à une diététicienne. Cependant, l'approche purement diététique de l'AM est très souvent décevante car la diététicienne se heurte à un véritable «mur», surtout à la phase aiguë de la maladie. Au moment opportun, le but essentiel est de proposer un plan alimentaire susceptible de rassurer la patiente. Celle-ci passe, en effet, généralement par une phase de grand désarroi, tiraillée entre son désir profondément ancré de restriction alimentaire et ses efforts, souvent contraints et forcés, pour reprendre du poids. Il est important de fixer des objectifs de poids raisonnable, avec une prise pondérale suffisante pour rassurer le personnel soignant et la famille, mais pas trop rapide, pour rassurer la patiente.

CONCLUSIONS

L'AM est une maladie mystérieuse qui, à bien des égards, fait peur. Elle peut être considérée comme un trouble fonctionnel du comportement alimentaire qui ne peut s'expliquer par une

anomalie organique. Déstructurante pour la jeune femme qui en est atteinte, elle empoisonne le climat familial et angoisse les parents. Elle désarçonne souvent le médecin praticien non habitué à prendre en charge ce type de pathologie. Souvent même, elle met le psychiatre ou le psychologue en échec, et aucun traitement classique, psychothérapeutique ou pharmacologique, ne paraît avoir d'emprise facile sur elle. D'après la littérature, le risque suicidaire ne doit pas être négligé, bien qu'il soit heureusement relativement rare. Dans ce contexte, les attitudes de banalisation ou, à l'inverse, d'attente excessive sont à proscrire, à la fois de la part de l'entourage et des soignants. Une fois le diagnostic correctement posé, l'AM doit être considérée comme une maladie grave, nécessitant une prise en charge précoce dans un centre spécialisé doté de soignants ayant une expertise dans la gestion de cette pathologie complexe. Outre l'approche psychologique proprement dite, le traitement spécifique des nombreuses complications organiques de la maladie doit faire l'objet de toutes les attentions, pour prévenir les accidents à courte échéance et à plus long terme qui conditionnent le pronostic vital.

Le pronostic de l'AM reste réservé et la guérison, si elle existe, est souvent lente, pouvant prendre plusieurs années. De façon schématique, on peut estimer qu'un tiers des patientes guériront complètement; un autre tiers des patientes seront fortement améliorées, permettant une réinsertion socio-familiale acceptable malgré la persistance de quelques troubles du comportement alimentaire et, surtout, d'une vie relationnelle, affective et sexuelle non totalement satisfaisante; quant aux patientes du dernier tiers, elles resteront fortement handicapées par cette maladie qui va passer à chronicité avec des signes inéluctables de carences ou s'accompagner d'autres troubles psychiatriques, pouvant aller jusqu'au suicide.

BIBLIOGRAPHIE

- Treasure J, Duarte TA, Schmidt U. Eating disorders. *Lancet* 2020;**395**:899-911.
- Scheen AJ. L'anorexie mentale, une maladie grave spécifique de la femme jeune. *Rev Med Liege* 1999;**54**:255-61.
- Moukhaiber S, Piette C, Triffaux J-M. Avoir faim au risque d'en mourir ? Le paradoxe de l'anorexie mentale. *Rev Med Liege* 2016;**71**:495-501.
- Scheen AJ. L'anorexie mentale : aspects médicaux. In : *Regards croisés sur l'anorexie* (sous la direction de M. Crahay et C. Goffinet). Les Editions de l'Université de Liège, 2001, 89-96.
- Haute Autorité de Santé. Anorexie mentale : prise en charge. 2010. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/reco2clics_-_anorexie_-mentale.pdf (dernier accès 16 mars 2023).
- Yager J, Andersen AE. Clinical practice. Anorexia nervosa. *N Engl J Med* 2005;**353**:1481-8.
- Zipfel S, Giel KE, Bulik CM, et al. Anorexia nervosa: aetiology, assessment, and treatment. *Lancet Psychiatry* 2015;**2**: 1099-111.
- Treasure J, Zipfel S, Micali N, et al. Anorexia nervosa. *Nat Rev Dis Primers* 2015;**1**:15074.
- Mitchell JE, Peterson CB. Anorexia nervosa. *N Engl J Med* 2020;**382**:1343-51.
- American Psychiatry Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.).2022. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787> (dernier accès 16 mars 2022).
- Walsh BT, Hagan KE, Lockwood C. A systematic review comparing atypical anorexia nervosa and anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2022; Dec 12. doi: 10.1002/eat.23856.
- Puckett L, Grayeb D, Khatri V, et al. A comprehensive review of complications and new findings associated with anorexia nervosa. *J Clin Med* 2021;**10**: 34207744.
- Cass K, McGuire C, Bjork I, et al. Medical complications of anorexia nervosa. *Psychosomatics* 2020;**61**:625-31.
- Vo M, Golden N. Medical complications and management of atypical anorexia nervosa. *J Eat Disord* 2022;**10**:196.
- Scheen AJ. Troubles électrolytiques sévères dans l'anorexie mentale. *Rev Med Liege* 1995;**50**:16-7.
- Misra M, Klibanski A. Endocrine consequences of anorexia nervosa. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2014;**2**:581-92.
- Haines MS. Endocrine complications of anorexia nervosa. *J Eat Disord* 2023;**11**:24.
- Su T, Gong J, Tang G, et al. Structural and functional brain alterations in anorexia nervosa: A multimodal meta-analysis of neuroimaging studies. *Hum Brain Mapp* 2021;**42**:5154-69.
- Puckett L. Renal and electrolyte complications in eating disorders: a comprehensive review. *J Eat Disord* 2023;**11**:26.
- Scheen AJ. Comment j'explore ... une anorexie mentale. *Rev Med Liege* 1995;**50**:538-9.
- Lyon-Pagès I, Carrard I, Gebhard S, et al. Pourquoi l'anorexie mentale est-elle considérée comme une maladie difficile à soigner ? *Rev Med Suisse* 2007;**3**:398-400.
- Blanchet C, Guillaume S, Bat-Pitault F, et al. Medication in AN: a multidisciplinary overview of meta-analyses and systematic reviews. *J Clin Med* 2019;**8**:278.
- Attia E, Walsh BT. Behavioral management for anorexia nervosa. *N Engl J Med* 2009;**360**:500-6.
- Solmi M, Wade TD, Byrne S, et al. Comparative efficacy and acceptability of psychological interventions for the treatment of adult outpatients with anorexia nervosa: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry* 2021;**8**:215-24.
- Foulon C. Prise en charge nutritionnelle intégrée de l'anorexie mentale. *Nutrition clinique et métabolisme* 2007;**21**:185-9.
- Jowik K, Tyszkiewicz-Nwafor M, Slopian A. Anorexia nervosa-What has changed in the state of knowledge about nutritional rehabilitation for patients over the past 10 years? A review of literature. *Nutrients* 2021;**13**:3819.
- Garber AK, Cheng J, Accurso EC, et al. Short-term outcomes of the study of refeeding to optimize inpatient gains for patients with anorexia nervosa: a multicenter randomized clinical trial. *JAMA Pediatr* 2021;**175**:19-27.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Pr Scheen AJ, Service de Diabétologie, Nutrition et Maladies métaboliques, CHU Liège, Belgique.
Email : andre.scheen@chuliege.be