

# Items 295, 42 : Conduite à tenir devant un amaigrissement

---

**Collège des Enseignants du Nutrition**

**Date de création du document    2010-2011**

## Table des matières

ENC :.....	2
SPECIFIQUE :.....	2
I Recherche de signes de gravité .....	4
II Démarche diagnostique .....	4
III Principales causes d'amaigrissement .....	6
III.1 Causes somatiques .....	6
III.2 Causes psychologiques .....	8
IV Annexe : Synthèse sur l'anorexie mentale.....	9

### OBJECTIFS

ENC :

- Item 295 : Devant un amaigrissement : argumenter les hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents.
- Item 42 : Donner des conseils d'hygiène alimentaire ; Savoir diagnostiquer une anorexie mentale et une boulimie ; Argumenter les principes de la prise en charge des troubles du comportement alimentaire.

SPECIFIQUE :

- 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.

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.

## **I RECHERCHE DE SIGNES DE GRAVITÉ**

---

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

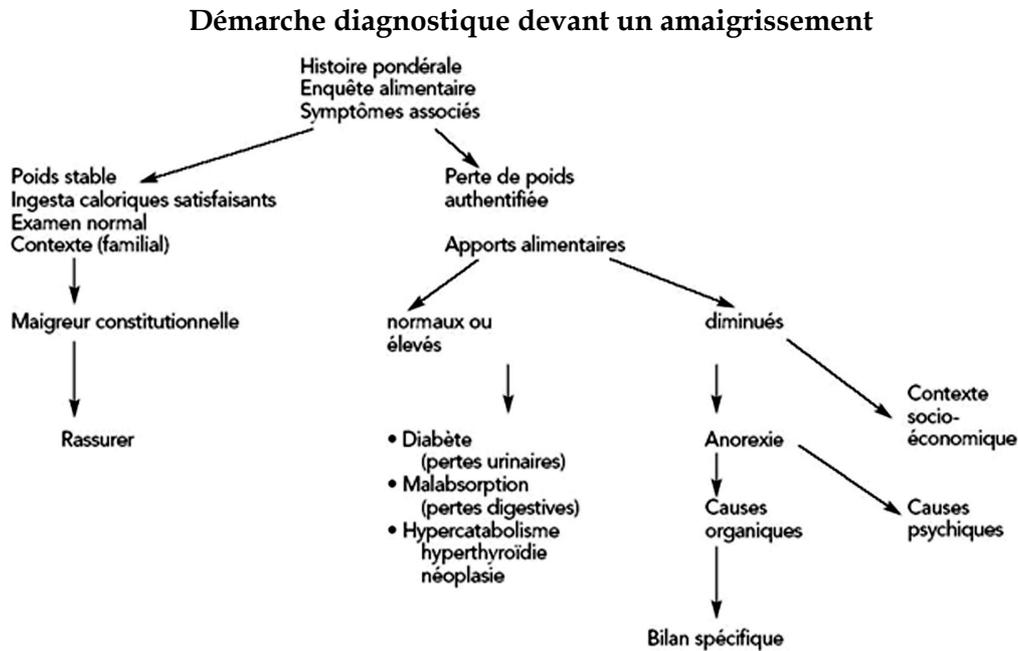
- IMC < 15
- perte de poids > 30%
- hypotension artérielle
- bradycardie
- hypothermie
- ralentissement psychomoteur
- hypoglycémie
- troubles ioniques (Na, K)
- hypophosphorémie
- hypoalbuminémie profonde
- perturbations du bilan hépatique

## **II 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 évaluation des modifications du comportement alimentaire examen clinique examens complémentaires**
- 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	Morphologiques
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	Echographie abdominale Radiographie du Thorax Endoscopie digestive haute (avec biopsies duodénales)

### III PRINCIPALES CAUSES D'AMAIGRISSEMENT

#### III.1 CAUSES SOMATIQUES

Cause	Diagnostic
<b>Endocrinopathies et maladies métaboliques</b>	
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
<b>Affections néoplasiques</b> (mécanismes multiples : anorexie, production de cytokines, douleurs, état dépressif, difficulté à s'alimenter...)	Cancers digestifs et ORL à rechercher
<b>Malabsorption digestive non cancéreuse</b> Etiologies nombreuses : insuffisance pancréatique ou	Clinique : selles abondantes, pâteuses ou diarrhéiques. Signes parfois absents.

hépatobiliaire, maladie coeliaque, Crohn, entéropathie exsudative, résection ou court-circuit digestif, pullulation microbienne, parasitose...	
<b>Maladies neurologiques sévères</b> Etiologies : Parkinson, accident vasculaire cérébral, démence...	Clinique : dépression, fausses routes, dysphagie, troubles de la motricité gastrique et intestinale
<b>Syndrome infectieux</b>	
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
<b>Maladies systémiques</b> (sarcoïdose, lupus, Horton...)	
<b>Défaillance d'organes vitaux</b>	
Insuffisance cardiaque	Clinique : perte de poids parfois masquée par les œdèmes, amaigrissement de mauvais pronostic
Insuffisance respiratoire ou rénale	
<b>Alcoolisme</b>	Clinique : amaigrissement expliqué par l'anorexie et les carences nutritionnelles. Penser à rechercher une néoplasie induite par l'alcool
<b>Anomalies de la cavité buccale</b> (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

### III.2 CAUSES PSYCHOLOGIQUES

Cause	Diagnostic
<b>Anorexie mentale</b> (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
<b>Dépression</b>	Clinique : anorexie, amaigrissement Repli sur soi, tristesse

## **IV ANNEXE : 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