

Synthèse à destination du médecin traitant

Extraite du Protocole National de Diagnostic et de Soins (PNDS)

Anorexie Mentale à début Précoce (AMP)

Juillet 2022

Maladie Rare Anorexie Mentale à début Précoce

Synthèse à destination du médecin traitant

L'Anorexie Mentale (AM) est un trouble des conduites alimentaires (TCA) d'origine multifactorielle grave avec un risque de mortalité parmi les plus élevés des troubles psychiatriques. L'AM est définie selon les critères des classifications internationales par des apports nutritionnels insuffisants ne permettant pas de maintenir un poids minimum normal pour son âge et sa taille, une peur intense de prendre du poids et une perturbation de son image corporelle. L'AM a un double impact physique et psychologique sur l'enfant. Cette pathologie touche le plus souvent l'adolescent (pic de fréquence à 14 ans), mais il existe des formes rares pouvant se voir dès l'âge de 6-7 ans. Elle est alors considérée comme « à début précoce » (AMP), ou dite, « anorexie mentale prépubère », avec un âge maximum de début de 13 ans. L'Anorexie Mentale à début Précoce est une maladie rare avec une incidence entre 1.1 et 7.5/100 000.

Le diagnostic repose sur l'examen clinique, l'analyse des courbes de croissance (Poids, Taille, IMC) et sur certains examens complémentaires permettant d'éliminer les diagnostics différentiels (pathologies endocriniennes, digestives, tumorales...). Les principaux signes cliniques d'appel sont des nausées ou douleurs abdominales répétées, une modification des choix alimentaires, une rigidité autour de l'alimentation avec des rituels, une stagnation ou une perte pondérale, un ralentissement de la croissance staturale, des préoccupations corporelles, et parfois, une activité physique problématique car excessive, voire compulsive et /ou un hyperinvestissement scolaire. A chaque consultation médicale, le poids et la taille doivent être mesurés, l'IMC calculé. L'ensemble de ces valeurs doivent ensuite être reportées sur les courbes correspondantes afin d'analyser les trajectoires staturales et d'IMC. Il est essentiel de se préoccuper d'un changement de couloir, vers le bas, lors du suivi de la courbe de corpulence et d'un ralentissement de la croissance staturale-pondérale. Un retard pubertaire est également un signe évocateur.

La prise en charge globale de l'enfant (atteint d'AMP) repose sur une coopération pluridisciplinaire coordonnée de façon explicite par l'un des médecins et faisant intervenir : au minimum pédopsychiatre, médecin traitant (généraliste ou pédiatre), endocrinologue pédiatre (au minimum pour un avis ponctuel), psychologue, diététicien ou médecin avec une compétence en nutrition.

Caractéristiques du trouble : L'AMP présente une spécificité liée à la gravité de la symptomatologie somatique et psychiatrique et à son pronostic. En effet, la perte de poids est souvent plus sévère et plus rapide que chez l'adolescent ou le jeune adulte. Elle est associée à une plus grande fréquence d'aphagie totale, à la présence de symptômes somatiques « non spécifiques » (douleurs abdominales, nausées en particulier) retardant le diagnostic en faisant suspecter une pathologie organique non psychiatrique. Elle est aussi fréquemment associée à une restriction hydrique importante.

Facteurs de risque : L'existence d'un trouble des conduites alimentaires chez les parents ou d'un surpoids prémorbide chez l'enfant sont associés à la survenue de l'AM chez l'enfant et chez l'adolescent.

La présence de moqueries ou remarques/critiques pouvant aller jusqu'au harcèlement et des caractéristiques psychologiques prémorbides (par exemple difficultés à exprimer ses émotions, rigidité, perfectionnisme), sont associées à la survenue de l'AMP.

Complications : Les conséquences somatiques sur le plan de la croissance staturale et du développement pubertaire et osseux sont spécifiques de l'enfance et de l'adolescence, avec un ralentissement sévère ou un arrêt de la croissance staturale associé à un retard pubertaire et à une ostéopénie, voire une ostéoporose, avec défaut d'acquisition de masse osseuse et risque fracturaire augmenté. En fonction de l'évolution du trouble, la taille adulte peut être réduite, la fonction gonadotrope peut rester perturbée avec comme conséquences des troubles de la sexualité et de la fertilité.

Un diagnostic et une prise en charge précoces permettent d'améliorer le pronostic. Le trouble peut rechuter, récidiver ou évoluer vers une forme chronique. L'enfant peut aussi développer un autre trouble des conduites alimentaires et/ou un autre trouble psychiatrique secondairement. Les comorbidités anxieuses et dépressives sont fréquentes mais il est déconseillé d'introduire un anti-dépresseur chez un enfant dénutri. Un TCA comorbide doit être recherché (en particulier un mérycisme*).

Les conduites purgatives (vomissement, prise de traitements laxatifs, diurétiques) sont très rares chez les enfants mais peuvent apparaître secondairement ainsi que la potomanie.

Une prise en charge adaptée pluridisciplinaire est essentielle. L'ambulatoire est à privilégier en l'absence de critères d'hospitalisation temps plein mais une hospitalisation temps plein peut être nécessaire.

Parmi les critères d'hospitalisation, on peut citer de manière non exhaustive :

- sur le plan somatique : aphagie totale, refus de boire, malaise, perte de poids de plus de 2kg par semaine, hypoglycémies, Fréquence cardiaque <40/min**
- sur le plan psychiatrique : crise suicidaire
- sur le plan environnemental : échec de la prise en charge ambulatoire, épuisement parental

Un **bilan paraclinique minimal** du praticien de première ligne est proposé dans les recommandations.

Un enfant sortant d'une hospitalisation temps plein nécessite un suivi rapproché et prolongé. Même chez un enfant qui semble « guéri » et qui se réalimente de manière adaptée à ses besoins, une vigilance particulière reste nécessaire pendant au moins un an après la rémission des symptômes.

Rôle du médecin traitant/généraliste ou pédiatre

- Repérer précocement la stagnation ou la cassure pondérale
- Rechercher un diagnostic différentiel
- Rechercher des signes de gravité indiquant une hospitalisation en urgence
- Assurer la confirmation diagnostique par un centre de référence ou de compétence
- Assurer le suivi médical et, si besoin, adresser l'enfant vers un centre de référence (CRMR) ou de compétence (CCMR).
 - Veiller à ce que le suivi soit réalisé par une équipe habilitée comprenant au minimum pédopsychiatre, psychologue, pédiatre et diététicien ou médecin avec une compétence en nutrition. Prévoir au minimum un avis endocrinologique pédiatrique.
 - Assurer la surveillance et la prévention des complications du trouble en lien avec les équipes référentes.

Informations utiles

Pour se procurer des informations complémentaires il est possible de consulter (par ordre alphabétique) : le site Anorexiclic, le site de l'association FNA-TCA, le site CléPsy, le site du CRMR AMP, le site Orphanet, le site de la HAS, le site de la FFAB (cf. liens ci-dessous).

Sur l'AMP :

- <https://www.clepsy.fr/category/troubles-du-comportement-alimentaire/>
- <http://crmerc.aphp.fr/pathologie/anorexie-mentale-enfant/>
- <http://www.orpha.net>

Sur les TCA :

- <https://www.ffab.fr>
- <https://www.fna-tca.org/bienvenue>
- https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-09/fs_anorexie_3_cdp_300910.pdf (critères d'hospitalisation temps plein dans l'AM)
- https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/fs_boulimie_urgences_v3.pdf (urgences et TCA)
- <http://tca-poitoucharentes.fr/anorexiclic/> (AM en médecine générale)