

Prise en charge d'une anorexie mentale typique en Tunisie

Management of anorexia nervosa in a Tunisian case

Ahlem Harrathi, Soumeyya Halayem, Nadia Janhani*, Sami Othman, Ines Lahmar*, Samira Blouza*, Ahlem Belhadj, Asma Bouden, Mohamed B. Halayem.

Service de Pédopsychiatrie de l'EPS Razi. Rue des Orangers, La Manouba

* Service A de de nutrition - Institut National de Nutrition

RÉSUMÉ

Prérequis : L'anorexie mentale est une maladie psychiatrique complexe qui peut conduire à des complications somatiques sévères.

Objectif : Ce travail avait pour but d'étudier la démarche suivie par le service de pédopsychiatrie de l'hôpital Razi dans la prise en charge de l'anorexie mentale et de la comparer avec les recommandations internationales.

Méthodes : On se propose d'illustrer par un cas clinique la prise en charge de l'anorexie mentale dans sa forme typique et de revoir les recommandations internationales concernant ce sujet tout en réalisant une revue de la littérature basée sur une recherche sur medline utilisant les mots clés suivants : anorexie mentale, adolescence, prise en charge, guidelines.

Résultats : * Cas clinique : Il s'agit de A.S âgée de 16 ans qui nous a été adressée par le médecin scolaire pour prise en charge d'une anorexie mentale évoluant depuis deux ans sans amélioration par la prise en charge ambulatoire. Son état a été jugé précaire nécessitant une prise en charge urgente dans un milieu hospitalier médical. Elle a été alors hospitalisée à l'institut de nutrition avec un contrat de poids minimum à atteindre. Elle a bénéficié d'une réalimentation progressive qu'elle a refusé vivement. On a assuré une prise en charge psychologique en se déplaçant sur place trois fois par semaine pour aider à établir une bonne alliance thérapeutique. Au bout de trois semaines, l'adolescente a atteint un poids acceptable permettant sa sortie et un complément de prise en charge à la consultation externe de pédopsychiatrie avec des entretiens familiaux et une psychothérapie de soutien. Elle a développé une dépression dans les deux mois suivant sa sortie de l'hôpital. Les rendez vous chez la diététicienne étaient poursuivis trois mois après son hospitalisation. A 10 mois de la sortie de l'hôpital, l'adolescente était scolarisée avec de bons résultats et elle n'était plus amenorrhéique. Cependant, sur le plan psychologique elle gardait les mêmes traits de caractère et ses rapports intrafamiliaux étaient marqués par le sceau de la manipulation. Par la suite, l'adolescente a espacé les consultations de son propre chef puis n'a plus consulté. Actuellement, à 15 mois de l'hospitalisation, les parents ont décrit une rechute, avec récurrence des comportements de restriction alimentaire sans amenorrhée, un refus de se peser en public et de consulter.

* Dans la prise en charge de cette patiente, nous avons suivi les recommandations de la littérature à savoir celles de la Haute Autorité de Santé et du NICE (National Institute for Clinical Excellence) qui recommandent un repérage ciblé de l'anorexie mentale, la mise en disposition d'une équipe multidisciplinaire pour la prise en charge, l'hospitalisation plus ou moins longue avec contrat de poids, soutien et thérapies cognitives de l'image du corps lorsque la prise en charge ambulatoire initiale n'est pas efficace. De même, pour les enfants et les adolescents, une thérapie familiale est recommandée en ambulatoire après l'hospitalisation.

Conclusion : Dans notre pays, la prévalence de l'anorexie mentale est en augmentation progressive bien qu'on ne dispose pas de chiffre concernant ni la fréquence ni la prévalence de cette pathologie aux complications graves et à l'évolution imprévisible. Elle nécessite une prise en charge multidisciplinaire et une surveillance prolongée afin d'éviter les récurrences.

Mots-clés

Anorexie mentale, adolescence, prise en charge, guidelines.

SUMMARY

Background : Anorexia nervosa is a complex psychiatric illness that can lead to severe physical complications.

Objective: This work aimed to study the approach taken by the child psychiatry service of Razi hospital in the management of anorexia nervosa and to compare it with international recommendation.

Methods: We propose to illustrate by a case report the management of anorexia nervosa in its typical form and review international recommendations on this topic while undertaking a review of the literature based on a Medline search using the following keywords: anorexia nervosa, adolescence, management, guidelines.

Results: * Case report: AS, 16 years old, addressed to us by the school doctor for management of anorexia nervosa evolving for two years without improvement through outpatient care. His condition was considered precarious requiring urgent care in a medical hospital. She was then hospitalized at the Institute of Nutrition with a weight contract to achieve. She received a gradual refeeding strongly denied. We have provided a psychological support by moving on site three times a week to help establish a good therapeutic alliance. After three weeks, the teenager has reached an acceptable weight for its output to the hospital and additional support at the outpatient child psychiatry with supportive psychotherapy. Two months later, she developed depression because of the weight gain. The appointment at the dietician was continued three months after hospitalization. At 10 months of the hospitalization, the girl had good grades and was not amenorrhic. However, on the psychological level she kept the same traits and intrafamilial relationships were marked by the seal of the manipulation. Subsequently, the teenager has spaced the consultations then lost sight. Currently, at 15 months of the hospitalization, parents describe a relapse, with a dietary restriction without amenorrhea and a refusal to take weight.

* In management of this patient, we followed the recommendations of the literature namely those of the High Authority of Health and NICE (National Institute for Clinical Excellence) which recommend a target tracking of anorexia nervosa, the establishment of a multidisciplinary team care, a long hospitalization with a weight contract, support and cognitive therapy of the body image when the initial outpatient care is not effective. Similarly, for children and adolescents, family therapy is recommended as an outpatient after hospitalization.

Conclusion: In our country, the prevalence of anorexia nervosa is gradually increasing although we have not an idea concerning the frequency or prevalence of this disease which has serious and unpredictable complications. For what, It requires a multidisciplinary and prolonged surveillance to prevent recurrence.

Key- words

Anorexia nervosa, adolescence, management, guidelines.

Fréquente dans les pays industrialisés où elle touche 0,5 à 1% de la population, l'anorexie mentale semble encore peu fréquente dans notre pays. Cependant nous ne disposons d'aucun chiffre épidémiologique malgré les quelques articles tunisiens s'intéressant à ce trouble, ou ayant validé des questionnaires de dépistage des Troubles des conduites alimentaires (TCA) [1]. L'anorexie mentale se caractérise par la gravité potentielle de son pronostic. Le traitement de l'anorexie mentale a fait l'objet de recommandations françaises (HAS 2011) [2], anglaises (NICE) [3] et américaines (APA) [4].

Notre objectif est donc d'illustrer, en s'aidant d'un cas clinique, les recommandations et les modèles thérapeutiques proposés dans la prise en charge ambulatoire, hospitalière et post-hospitalière de l'anorexie mentale.

OBSERVATION

Il s'agit d'une adolescente, âgée de 16 ans, qui a été adressée au service de Pédopsychiatrie de l'Hôpital Razi par un psychiatre de médecine scolaire pour prise en charge d'une anorexie mentale évoluant depuis deux ans. L'adolescente présente depuis l'âge de 14 ans une restriction alimentaire rigide d'aggravation progressive et associée à un calcul de calories, sans conduites purgatives. L'amaigrissement initial, non chiffré, était masqué par le port de vêtements amples. A cet amaigrissement a succédé au bout de 6 mois, une aménorrhée secondaire. Ce symptôme a inquiété les parents et l'adolescente a été explorée par plusieurs somaticiens. En dernier recours elle a été adressée à un psychiatre mais devant la non amélioration par la prise en charge ambulatoire, elle nous a été adressée.

Le premier entretien a trouvé une adolescente à la présentation soignée, à l'intelligence vive, surinvestissant sa scolarité, perfectionniste. Douée en dessin, elle s'intéresse aux mannequins qu'elle suit sur les chaînes télévisées spécialisées. L'opposition de la patiente se manifestait par le caractère télégraphique de ses réponses, cependant nous pouvions noter la verbalisation d'une crainte de grossir, un refus franc et actif de manger et de reprendre du poids, légitimé selon elle par l'absence de sensation de faim. La patiente avait connaissance du diagnostic d'anorexie mentale et s'était enquis des traitements habituellement prescrits. Elle n'y adhérait pas, car bien que se reconnaissant anorexique elle ne se trouvait pas pathologique. L'examen somatique avait trouvé une pâleur importante, une tension artérielle à 7,5 / 5, un pouls à 85 battements par minute et un indice de masse corporelle (IMC) à 14, aggravé par des lipothymies nécessitant une prise en charge urgente en milieu médical.

Le diagnostic d'anorexie mentale de type restrictif a été retenu (critères du DSM IV) [5]. Devant les critères de gravité retrouvés: IMC limite, tension artérielle systolique < à 80 mmHg et pouls > 80 battements par minute, et l'absence d'idées suicidaires, elle a été hospitalisée à l'Institut de Nutrition.

La conduite adoptée a consisté en un contrat de poids minimum à atteindre avant d'envisager une sortie de l'hôpital.

Sur le plan somatique, elle a bénéficié d'une perfusion et d'une réalimentation progressive. L'adolescente refusait l'ingestion du Nutrison*, produit assurant l'apport calorique et vitaminique, vidait les poches de perfusion dans les toilettes, trichait avant la pesée en buvant beaucoup d'eau et en cachant dans ses vêtements des objets

lourds. La prise en charge psychologique a consisté en trois consultations psychologiques par semaine assurées par un pédopsychiatre qui se déplaçait de l'hôpital Razi. L'objectif était d'établir une alliance thérapeutique la meilleure compte tenu des circonstances, et de prévenir la survenue d'une complication psychiatrique à type de dépression. Lors de ces consultations, la problématique familiale (mère intrusive, désaccord parental, enfant manipulatrice) a été confirmée.

Les visites parentales ont été réduites à une fois par semaine, restriction que la mère n'a pu respecter. L'adolescente a accepté de prendre du poids uniquement pour quitter l'hôpital avant la rentrée scolaire car elle ne pouvait envisager de manquer l'école. Devant ce besoin urgent de sortir, l'adolescente s'opposait à toute prescription diététique qui consistait au respect d'un régime alimentaire équilibré à l'apport calorique progressif assurant un apport de fruits et légumes, féculents, sucres lents et apport protéique. Elle demandait à son père de lui apporter chaque jour des pâtisseries qu'elle avalait en cachette car la réalimentation progressive était exigée afin d'éviter le syndrome de renutrition, complication redoutable en cas de réalimentation brusque dans les formes sévères d'anorexie.

Au bout de trois semaines, l'adolescente a atteint un BMI à 17, permettant sa sortie et un complément de prise en charge en consultation de pédopsychiatrie pour des entretiens familiaux et une psychothérapie de soutien.

La patiente a présenté deux mois après sa sortie une dépression secondaire à la prise de poids, et à la cristallisation temporaire des conflits familiaux. Il s'agissait d'un épisode dépressif majeur d'intensité moyenne pour lequel nous avons prescrit un antidépresseur inhibiteur de la recapture de la sérotonine, la Paroxétine à raison de 20mg/jour. Cependant, ce traitement a été arrêté par la patiente au bout d'une semaine après avoir lu sur la notice qu'il pouvait entraîner une prise de poids.

Les rendez vous chez la diététicienne étaient poursuivis trois mois après sa sortie. La patiente a ensuite décidé d'arrêter le suivi à l'Institut de Nutrition.

A 10 mois de l'hospitalisation, l'adolescente était scolarisée avec de bons résultats, elle n'était plus aménorrhéique et présentait un IMC à 19. Cependant, sur le plan psychologique elle gardait les mêmes traits de caractère et ses rapports intrafamiliaux étaient marqués par le sceau de la manipulation.

Par la suite, l'adolescente a espacé les consultations de son propre chef puis n'a plus consulté. Actuellement, à 15 mois de l'hospitalisation, les parents ont décrit une rechute, avec récurrence des comportements de restriction alimentaire sans aménorrhée, un refus de se peser en public et de consulter.

DISCUSSION

Ce n'est qu'à partir de 2004, que des consensus sur la prise en charge de l'anorexie mentale du jeune patient ont été développés [2-4].

La HAS [2] préconise une prise en charge initiale en ambulatoire sauf en cas d'urgence. Dans le cas présenté ci-dessus, le traitement ambulatoire a été proposé initialement, l'aggravation des troubles a nécessité une hospitalisation [6].

Les recommandations insistent sur le fait que les soins doivent être assurés par une équipe d'au moins deux soignants

(psychiatre/pédopsychiatre et un somaticien) [2], coordination qui a pu être assurée dans ce cas.

Il est considéré comme primordial de discuter avec le patient et avec sa famille de l'objectif de poids à atteindre [2]. La surveillance pondérale ne doit pas être ni trop rapprochée ni éloignée. Cette dernière est bihebdomadaire ou hebdomadaire selon les équipes, mais peut être maniable au cas par cas [2].

Lorsque les patients sont très dénutris, l'abord psychologique consistant en une aide à l'adhésion et à la motivation au traitement est essentiel [2,7]. Du fait des troubles de l'interaction intrafamiliale constatés chez les anorexiques [2], la limitation des visites parentales est souvent envisagée, comme cela a été décidé dans notre cas.

Il n'existe pas de traitement médicamenteux spécifique. Cependant, certains antidépresseurs peuvent être utilisés pour traiter des syndromes concomitants tels qu'une dépression réactionnelle souvent associée.

La thérapie familiale longue est recommandée en ambulatoire après l'hospitalisation, en raison de la chronicité de l'anorexie [2]. Pour le cas de notre patiente, les entretiens familiaux se sont poursuivis trois mois après la sortie de l'hôpital et ont été interrompu par le père qui a invoqué des raisons professionnelles.

Nous pouvons noter les difficultés de la prise en charge des patientes souffrant d'anorexie mentale. Ces difficultés tiennent à la maladie,

complexe, aux rechutes fréquentes et où les patientes s'opposent à tout abord thérapeutique [7] autant que les familles dont le caractère souvent intrusif ralentissent le processus thérapeutique [7]. A ceci s'ajoute les difficultés de coordination entre les structures hospitalières notamment psychiatriques et somatiques. Cependant, malgré l'absence de structures de soins spécialisés et de formation d'équipes médicales et paramédicales spécialisées dans la gestion des cas d'anorexie mentale, les recommandations en matière de prise en charge ont été respectées et adaptées au contexte moyennant un effort soutenu de coordination interdisciplinaire.

CONCLUSION

L'anorexie présentée dans ce cas clinique était assez sévère pour nécessiter une hospitalisation en milieu médical notamment devant l'absence d'idées suicidaires.

Les guidelines ont été respectés dans la limite des offres de soins en alliant hospitalisation en Nutrition et prise en charge psychiatrique. Cette dernière a été axée sur le soutien et la problématique familiale. Les autres approches, comme les structures de soins spécialisées sont peu développées dans notre pays, probablement du fait de la classique faible incidence de cette maladie.

Références

1. [GHACHEM ATTIA R, BOUSSETTA A, GHAZALI I, ZALILA H, FAKHFAKH R. Validation d'une version arabe du EAT 40 et du BITE en Tunisie. Information psychiatrique 2008; 84:761.
2. HAUTE AUTORITE DE SANTE. Anorexie mentale: prise en charge. Recommandations de bonne pratique. Nutrition clinique et métabolisme 2011;25:5.
3. Nice: Guide Lines from Nice: <http://www.nice.org>. UK 2006.
4. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION WORK GROUP ON EATING DISORDERS APA. Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders (revision). Am J Psychiatry 2000; 157(Suppl):1.
5. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV), 4th ed. Washington DC: APA, 1994.
6. CRENN P, MELCHIOR J C. Bilan somatique et critères de gravité dans l'anorexie mentale. Nutrition clinique et métabolisme 2007;21:155.
7. CORCOS M, AGMAN G, BOCHEREAU D, CHAMBRY J, JEAMMET P. Troubles des conduites alimentaires à l'adolescence. Encyclopédie Médico Chirurgicale 2002.1 :15.