

L'anorexie mentale nécessitant une hospitalisation chez les adolescents

Isabelle Khalifa Ran D. Goldman MD FRCPC

Résumé

Question J'ai récemment vu une patiente à ma clinique chez qui j'avais posé un diagnostic initial d'anorexie mentale 6 mois auparavant et qui continuait à perdre du poids. À l'examen physique, les constatations révélèrent une pression artérielle de 85/55 mm Hg et une fréquence cardiaque de 55 battements/minute au repos. De tels patients devraient-ils être hospitalisés aux fins de surveillance et de traitement?

Réponse Il existe peu de lignes directrices claires et fondées sur des données probantes concernant l'admission à l'hôpital d'adolescents souffrant d'anorexie mentale, ce qui donne lieu à un fort degré de variation dans les pratiques adoptées par les médecins. Le jugement clinique basé sur l'opinion d'experts semble le principal fondement des décisions d'hospitaliser ces patients. Les indications acceptables d'une admission incluent les suivantes: poids inférieur à 75 % du poids idéal, température de moins de 35,5 °C (95,9 °F), fréquence cardiaque de moins de 45 battements/minute, pression artérielle systolique inférieure à 80 mm Hg, changement orthostatique dans le pouls supérieur à 20 battements/minute ou changement orthostatique dans la pression artérielle de plus de 10 mm Hg. Il est fortement recommandé de demander une consultation spécialisée en médecine des adolescents pour les patients qui présentent de tels signes vitaux.

L'anorexie mentale est un trouble complexe de l'alimentation caractérisé par 3 composantes: une restriction persistante dans l'ingestion d'aliments, causant une perte pondérale considérable; une intense inquiétude de prendre du poids ou de devenir gros; et des perturbations dans la perception de son propre poids ou de sa silhouette¹. Dans la forme restrictive de l'anorexie, la perte pondérale est principalement attribuable à une ingestion limitée d'aliments ou à un excès d'exercice, et dans le type hyperphagie ou purgation, la personne adopte des épisodes récurrents de comportements d'hyperphagie ou de purgation¹.

Problème chronique

L'anorexie mentale arrive au troisième rang des maladies chroniques les plus courantes chez les adolescentes. Ses taux de prévalence se situent entre 0,3 et 1,2%², tandis que son ratio femme-homme est de 10 pour 1³. Ses taux d'incidence sont les plus élevés chez les adolescentes de 15 à 19 ans³. Parmi 469 adolescentes de grandes villes des États-Unis, l'incidence de l'anorexie mentale atteignait 104 par 100 000 années-personnes⁴. Selon les estimations, la prévalence à vie de la maladie oscille entre environ 0,5 à 3,7%⁵. Dans l'ensemble, le plus haut taux de mortalité due à une maladie mentale est attribuable à l'anorexie mentale^{3,6}, variant entre 5 et 20%^{7,8}, et ces taux de mortalité augmentent avec l'âge au moment de l'évaluation⁹. En dépit de sa prévalence et de sa gravité, il existe peu de lignes directrices claires concernant l'hospitalisation des adolescents souffrant d'anorexie mentale.

Lignes directrices pour l'anorexie mentale

Les médecins de famille sont souvent les premiers à poser un diagnostic d'anorexie mentale¹⁰. Même si des lignes directrices sur l'hospitalisation des patients souffrant d'anorexie mentale existent depuis un certain nombre d'années⁵, les pratiques d'admission par les médecins varient considérablement². Une étude comportant une entrevue auprès de 51 médecins canadiens et américains qui soignaient des adolescents souffrant d'anorexie mentale a mis en évidence un fort degré de variation dans les pratiques d'admission, parce que les médecins se fient souvent à leur jugement clinique en l'absence de lignes directrices claires et fondées sur des données probantes à ce sujet². Au nombre des complications courantes associées à l'anorexie mentale qui justifient une hospitalisation figurent une perte pondérale importante^{2,11}, l'hypothermie¹¹⁻¹⁴, la bradycardie^{2,11-14}, l'hypotension^{2,11,13,14} et des changements orthostatiques dans le pouls et la pression artérielle^{11,12}.

Poids. Les experts considèrent le poids corporel idéal (PCI), c'est-à-dire le poids d'une personne en santé selon l'âge, la taille et le genre¹⁵, comme un facteur utile pour déterminer si l'hospitalisation est indiquée pour des patients souffrant d'anorexie mentale^{11,16,17}. Dans un sondage effectué auprès de médecins nord-américains, plus de la moitié d'entre eux (52%) s'entendaient pour dire que l'admission était nécessaire pour les adolescents dont le poids était égal ou inférieur à 75% du PCI (l'hospitalisation étant envisagée en fonction

d'une fourchette allant de 60 à 85% du PCI)². De plus, la Society for Adolescent Medicine¹¹ et l'American Academy of Pediatrics¹⁶ suggèrent l'hospitalisation des adolescents dont le poids est inférieur à 75% du PCI.

Un poids en deçà du PCI a été associé à un plus grand risque de mortalité¹⁸. Une étude sur 3 ans (1949-1952) portant sur 733 enfants souffrant de malnutrition au Mexique a fait valoir que le taux de mortalité durant les premières 48 heures d'hospitalisation était d'environ 11% plus élevé chez les patients dont le poids était inférieur à 60% du PCI par rapport à ceux dont le poids se situait entre 61 et 75% du PCI¹⁸. Même si cette étude portait sur des nourrissons et des enfants d'âge préscolaire plutôt que sur des adolescents, tous les enfants ont pour caractéristiques une croissance rapide et des besoins nutritionnels élevés¹⁸.

Hypothermie. Parmi 65 enfants de 10 à 20 ans admis à la clinique des troubles de l'alimentation de l'Hôpital pour enfants Lucile Packard à Stanford (Californie), tous avaient une température de moins de 36,3 °C, et 45% avaient une température inférieure à 35,5 °C¹³. Certaines lignes directrices préconisent l'hospitalisation des adolescents souffrant d'anorexie mentale si leur température est plus basse que 35,5 °C (95,9 °F)^{11,16,17,19}.

Bradycardie. La bradycardie sinusale est documentée chez jusqu'à 80% des patients souffrant d'anorexie mentale²⁰ et peut entraîner une mort subite inattendue⁶. Chez 23 patients de 11 à 20 ans hospitalisés pour anorexie, 70% avaient une fréquence cardiaque de moins de 50 battements/minute à l'admission⁶. La Society for Adolescent Medicine¹¹, formée de représentants de cliniques médicales américaines et canadiennes pour adolescents, de même que l'American Academy of Pediatrics¹⁶ recommandent l'admission à l'hôpital lorsque la fréquence cardiaque diurne est de moins de 50 battements/minute et la fréquence cardiaque nocturne, à moins de 45 battements/minute. D'autres lignes directrices fondées sur l'opinion d'experts recommandent l'hospitalisation si la fréquence cardiaque est égale ou inférieure à 40 battements/minute^{2,17}.

Changements dans le pouls et la pression artérielle. L'hypotension et des changements orthostatiques dans le pouls et la pression artérielle sont les principaux indicateurs de la nécessité d'hospitaliser des adolescents souffrant de troubles de l'alimentation¹⁴. Une étude par Hudson et ses collègues¹⁹ préconise l'hospitalisation lorsque la pression artérielle systolique est de moins de 80 mm Hg. La Society for Adolescent Medicine propose qu'une pression artérielle inférieure à 80/50 mm Hg justifie l'hospitalisation¹¹. L'American Academy of Pediatrics¹⁶ et le Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists¹⁷ recommandent l'hospitalisation si la pression artérielle systolique est de moins de 90 mm Hg.

Un changement orthostatique dans le pouls de plus de 20 battements/minute et un changement orthostatique dans la pression artérielle supérieur à 10 mm Hg sont aussi des indications d'hospitaliser le patient^{11,16,17}.

Des problèmes médicaux comme l'anémie, la neutropénie¹³, la déshydratation, des déséquilibres électrolytiques, l'arrêt de la croissance et du développement, un refus catégorique de s'alimenter, de même que des inquiétudes sociales ou une maladie mentale, devraient être pris en considération dans la décision d'hospitaliser des adolescents souffrant d'anorexie mentale¹¹.

Conclusion

Si la perte pondérale importante, l'hypothermie, la bradycardie, l'hypotension et les changements orthostatiques dans le pouls et la pression artérielle sont des indications courantes d'hospitaliser des adolescents souffrant d'anorexie mentale, les seuils se fondent principalement sur l'opinion d'experts, sans être étayés par des données probantes précises. Par conséquent, les omnipraticiens devraient être à l'affût des changements hémodynamiques chez les enfants chez qui une anorexie mentale est soupçonnée ou confirmée et devraient consulter des spécialistes en médecine des adolescents quant à la nécessité d'une admission à l'hôpital.

Intérêts concurrents

Aucun déclaré

Correspondance

D' Ran D. Goldman; courriel rgoldman@cw.bc.ca

Références

- American Psychiatric Association, American Psychiatric Association DSM-5 Task Force. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5^e éd. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
- Schwartz BI, Mansbach JM, Marion JG, Katzman DK, Forman SF. Variations in admission practices for adolescents with anorexia nervosa: a North American sample. *J Adolesc Health* 2008;43(5):425-31. Publ. en ligne du 24 juin 2008.
- Sminck FR, van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Curr Psychiatry Rep* 2012;14(4):406-14.
- Stice E, Marti CN, Rohde P. Prevalence, incidence, impairment, and course of the proposed DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8-year prospective community study of young women. *J Abnorm Psychol* 2013;122(2):445-57. Publ. en ligne du 12 nov. 2012.
- Powers PS, Santana CA. Childhood and adolescent anorexia nervosa. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2002;11(2):219-35.
- Yahalom M, Spitz M, Sandler L, Heno N, Roguin N, Turgeman Y. The significance of bradycardia in anorexia nervosa. *Int J Angiol* 2013;22(2):83-94.
- McCallum K, Bermudez O, Ohlemeyer C, Tyson E, Portilla M, Ferdman B. How should the clinician evaluate and manage the cardiovascular complications of anorexia nervosa? *Eat Disord* 2006;14(1):73-80.
- Neumärker KJ, Dudeck U, Meyer U, Neumärker U, Schulz E, Schönheit B. Anorexia nervosa and sudden death in childhood: clinical data and results obtained from quantitative neurohistological investigations of cortical neurons. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1997;247(1):16-22.
- Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, Nielsen S. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: a meta-analysis of 36 studies. *Arch Gen Psychiatry* 2011;68(7):724-31.
- Hay PJ. Assessment and management of eating disorders: an update. *Aust Prescr* 2013;36:154-7.
- Golden NH, Katzman DK, Kreipe RE, Stevens SL, Sawyer SM, Rees J et coll. Eating disorders in adolescents: position paper of the Society for Adolescent Medicine. *J Adolesc Health* 2003;33(6):496-503.
- Shamim T, Golden NH, Arden M, Filiberto L, Shenker IR. Resolution of vital sign instability: an objective measure of medical stability in anorexia nervosa. *J Adolesc Health* 2003;32(1):73-7.
- Palla B, Litt IF. Medical complications of eating disorders in adolescents. *Pediatrics* 1988;81(5):613-23.
- Akgül S, Derman O. A case of anorexia nervosa with multiple medical complications. *Turk J Pediatr* 2014;56(5):553-6.
- Pai MP, Paloucek FP. The origin of the "ideal" body weight equations. *Ann Pharmacother* 2000;34(9):1066-9.

16. American Academy of Pediatrics, Committee on Adolescence. Identifying and treating eating disorders. *Pediatrics* 2003;111(1):204-11.
17. Hay P, Chinn D, Forbes D, Madden S, Newton R, Sugenor L et coll. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders. *Aust N Z J Psychiatry* 2014;48(11):977-1008.
18. Gómez F, Ramos Galvan R, Frenk S, Cravioto Muñoz J, Chávez R, Vázquez J. Mortality in second and third degree malnutrition. *Bull World Health Organ* 2000;78(10):1275-80.
19. Hudson LD, Nicholls DE, Lynn RM, Viner RM. Medical instability and growth of children and adolescents with early onset eating disorders. *Arch Dis Child* 2012;97(9):779-84. Publ. en ligne du 19 juin 2012.
20. Olivares JL, Vázquez M, Fleta J, Moreno LA, Pérez-González JM, Bueno M. Cardiac findings in adolescents with anorexia nervosa at diagnosis and after weight restoration. *Eur J Pediatr* 2005;164(6):383-6. Publ. en ligne du 15 mars 2005.

Cet article donne droit à des crédits d'autoapprentissage certifié Mainpro+. Pour obtenir des crédits, rendez-vous sur www.cfp.ca et cliquez sur le lien Mainpro+.

This article is also in English on [page 107](#).



Mise à jour sur la santé des enfants est produite par le programme de recherche en thérapeutique d'urgence pédiatrique (PRETx à www.pretx.org) du BC Children's Hospital à Vancouver (Colombie-Britannique). **M^{me} Khalifa** est membre et le **D^r Goldman** est directeur du programme PRETx. Le programme PRETx a pour mission de favoriser la santé des enfants en effectuant de la recherche fondée sur les données probantes en thérapeutique dans le

domaine de la médecine d'urgence pédiatrique.

Avez-vous des questions sur les effets des médicaments, des produits chimiques, du rayonnement ou des infections chez les enfants? Nous vous invitons à les poser au programme PRETx par télécopieur, au 604 875-2414; nous y répondrons dans de futures **Mises à jour sur la santé des enfants**. Les **Mises à jour sur la santé des enfants** publiées sont accessibles dans le site web du *Médecin de famille canadien* (www.cfp.ca).