



Troubles des conduites alimentaires

Anorexie mentale en pédiatrie

10^{ème} journée pédiatrique d'Ariège
Montgailhard, le 14 octobre 2025



Dr Karine BROCHARD

Pédiatre

Hôpital des Enfants

brochard.k@chu-toulouse.fr

Dr Grégoire BENVENU

Pédopsychiatre

Hôpital des Enfants

benvegnu.g@chu-toulouse.fr

Définition du trouble des conduites alimentaires

- **Défini par l'HAS en 2010** : *« Trouble du comportement visant à contrôler son poids et altérant de façon significative la santé physique comme l'adaptation psychosociale, sans être secondaire à une affection médicale ou à un autre trouble psychiatrique »*
- Ce trouble du comportement ne concerne pas uniquement la prise ou l'absence de prise alimentaire mais l'ensemble des comportements ou conduites alimentaires et les stratégies (alimentaires ou non) visant à contrôler le poids
- Les TCA se situent à un carrefour entre la psychologie individuelle, les interactions familiales, le corps dans son aspect le plus biologique et la société (dite « de consommation »...) en général
- Pathologies d'origine psychique dont les retentissements sont à la fois somatiques et psychologiques

Parmi les TCA

- **Anorexie mentale**
 - Restrictive pure
 - « Mixte » associée à des crises de boulimie avec vomissements ou utilisations de purgatifs
- **Boulimie nerveuse**
- **Hyperphagie boulimique** (Bing eating disorder) favorisant l'obésité
- **Nombreuses formes subsyndromiques** pour lesquelles la frontière entre simple désordre et véritable pathologie est ténue



Anorexie mentale de l'adolescent(e)

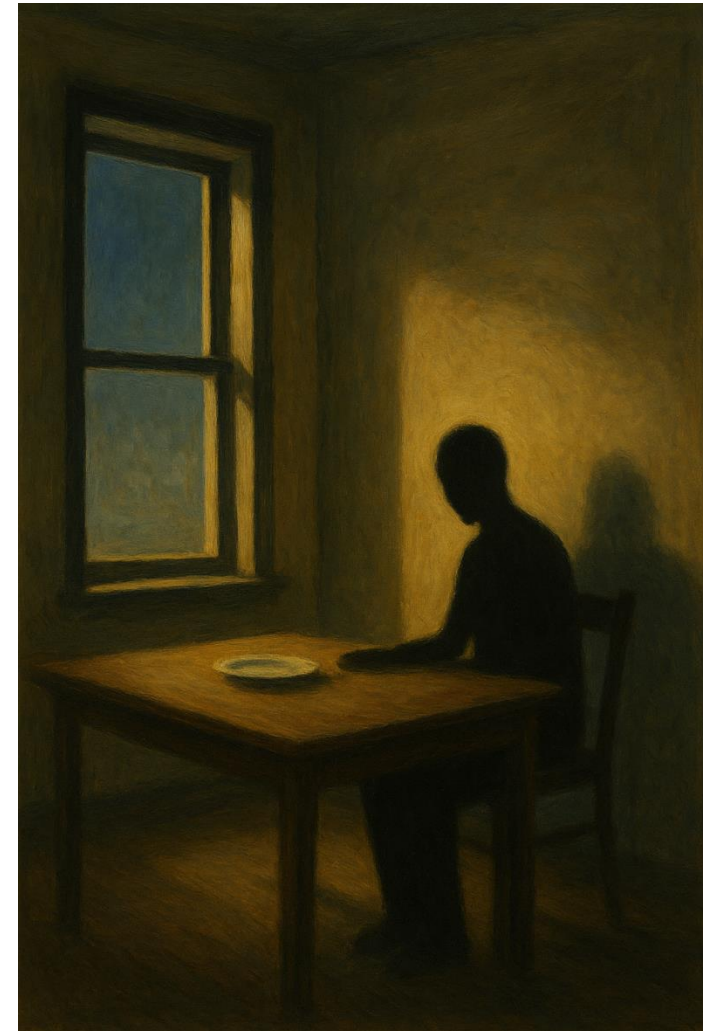
Cas clinique : Mathilde, 13 ans

- Adressée par son médecin traitant
- A perdu 20 kg en 6 mois (IMC 15,5) dont 2 kg en 1 semaine
- Née à terme, grossesse gémellaire (1 frère), pas d'ATCD personnels
- Très bonne élève, en 4^{ème}, décrite comme perfectionniste
- Danse classique et contemporaine 4 cours/semaine
- A débuté un régime il y a 6 mois car elle se trouvait grosse (IMC 21) et elle n'aimait pas ses cuisses, une volonté de perdre du poids pour « être fière » et « avoir un meilleur corps »
 - Restriction alimentaire quantitative puis qualitative (installation d'une application pour compter les calories) mais cuisine pour les autres
 - Hyperactivité physique (met son réveil pour courir les matins avant d'aller au collège)
- Aménorrhée secondaire depuis 6 mois (réglée à 11 ans)
- FC 40 bat/min, température 36°C, TA 90/50 mmHg



Clinique de l'anorexie mentale

- **Récit initial et évolution relativement stéréotypée**
 - **Facteurs externes amaigrissants** : voyage, maladie, séparation parentale, etc
 - **Phase d'emballlement** : auto-renforcement psychologique et biologique de la conduite ,
dysmorphophobie
 - perte de poids rapide et facile
 - Changement de couloir vers le bas de l'IMC (=BMI)
 - Aménorrhée primaire ou secondaire
 - **Phase d'état** : isolement social, rituels alimentaires, hyper investissement physique et intellectuel, absence de libido
- Une clinique attentive révèle la **diversité des représentations et des ressentis individuels**



Signes cliniques évocateurs d'une anorexie mentale

- **Dès la chute de poids amorcée**
 - Ralentissement, bradycardie, acrocyanose voire engelures, hypothermie.
 - Lanugo, hypertrichose ou coloration carotinémiqque de la peau
 - Perte de cheveux, ongles cassants
 - Douleurs abdominales/ralentissement du transit
 - Aménorrhée primaire ou secondaire (absence de règles depuis 3 mois)
- **Avant même la détection des troubles alimentaires**
 - Première consultations pour des plaintes psychologiques, gastro-intestinales, dermatologiques ou gynécologiques

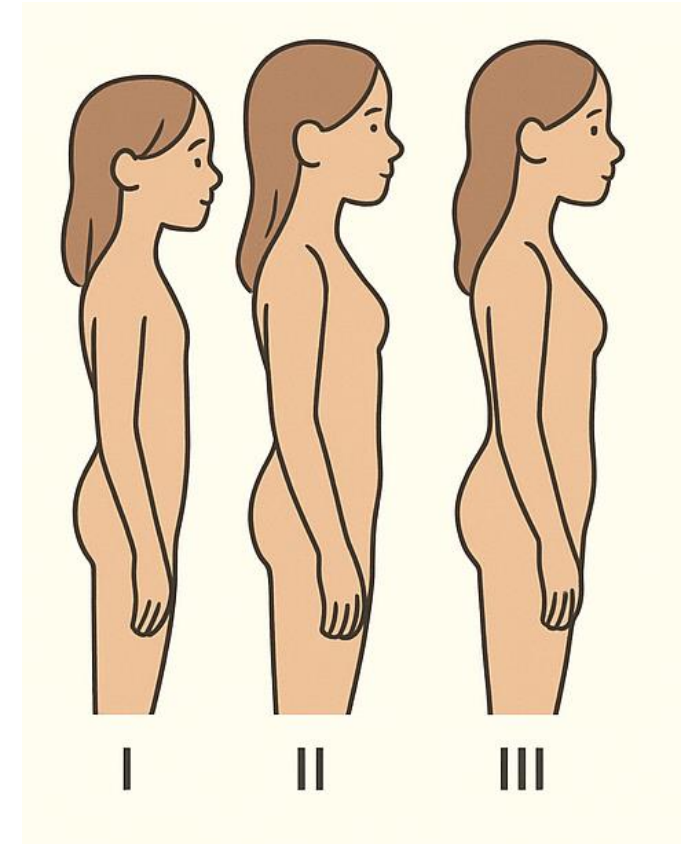
A rechercher à l'interrogatoire

- **Préoccupations nouvelles pour ce qui a trait à l'alimentation**
- **Préoccupations excessives autour de l'image du corps**
- **Conduites de restriction alimentaire** : comptage des calories, tri alimentaire, exclusions alimentaires, évitement des repas, dissimulation de nourriture
- **Conduites de purge** : vomissements provoqués, recours aux laxatifs ou aux diurétiques
- **Hyperactivité** physique, hyperinvestissement scolaire
- **Aménorrhée** primaire ou secondaire



Suivi des paramètres anthropométriques

- Suivre systématiquement les **courbes de croissance** en taille, poids et corpulence
- Calculer l'indice de masse corporelle
$$\text{IMC} = \text{poids (kg)} / \text{taille}^2 (\text{m}^2)$$
 - Ralentissement de la croissance staturale
 - Changement de couloir vers le bas de l'IMC
- Evaluation du **stade pubertaire chez l'adolescent** (stade de Tanner)



Signes biologiques

• Troubles hydro-électrolytiques & métaboliques

- Hypokaliémie, alcalose hypochlorémique (vomissements)
- Hyponatrémie (évocateur d'une potomanie)
- Hypoglycémie
- Hypomagnésémie
- Carence en vitamine D et C
- Cholestérol total et le LDL- cholestérol négativement corrélés au BMI

• Anomalies hématologiques et immunologiques

- Leucopénie, thrombopénie, anémie normocytaire arégénérative par hypoplasie médullaire

• Perturbation du bilan hépatique

- **Élévation des transaminases ++**, rare insuffisance hépato-cellulaire

• Atteinte rénale

- Diminution de la filtration glomérulaire, **insuffisance rénale fonctionnelle ++**
- Néphropathie tubulointerstitielle avec acidose tubulaire de type 1 en cas d'hypokaliémie prolongée, rhabdomyolyse consécutive à une hypokaliémie ou une hypophosphorémie

Critères somatiques **anamnestiques** d'hospitalisation

- Perte de poids rapide : plus de 2 kg/semaine
- Refus de manger : aphagie totale
- Refus de boire
- Lipothymies ou malaises d'allure orthostatique
- Fatigabilité voire épuisement évoqué par le patient

Critères somatiques **cliniques** d'hospitalisation

- IMC < 14 kg/m² au-delà de 17 ans, ou IMC < 13,2 kg/m² à 15 et 16 ans, ou IMC < 12,7 kg/m² à 13 et 14 ans
- Ralentissement idéique et verbal, confusion
- Syndrome occlusif
- Bradycardies extrêmes : pouls < 40/min quel que soit le moment de la journée
- Tachycardie
- Pression artérielle systolique basse (< 80 mmHg)
- PA < 80/50 mmHg, hypotension orthostatique mesurée par une augmentation de la fréquence cardiaque > 20/min ou diminution de la PA > 10-20 mmHg
- Hypothermie < 35,5°C
- Hyperthermie

Critères somatiques **paracliniques** d'hospitalisation

- Acétonurie (bandelette urinaire), hypoglycémie < 0,6 g/L
- Troubles hydroélectrolytiques ou métaboliques sévères, en particulier : hypokaliémie, hyponatrémie, hypophosphorémie, hypomagnésémie
- Élévation de la créatinine (> 100 µmol/L)
- Cytolyse (> 4 x N)
- Leuconeutropénie (< 1 000 /mm³)
- Thrombopénie (< 60 000 /mm³)

Cas clinique : Mathilde, 13 ans

- **Hospitalisation en pédiatrie**
 - Nécessité d'un soutien entéral par SNG
 - Suivi conjoint avec l'équipe mobile de pédopsychiatrie des enfants et adolescents (EMPEA)
 - Durée de l'hospitalisation 3 mois, IMC 18 à la sortie
- **Psychothérapie individuelle à la sortie et suivi pédopsychiatrique par la « Villa »**

Prise en charge : **approche multifocale et pluridisciplinaire**

- « **Travail de copensée** » indispensable entre des médecines somatiques et psychiatriques
- **Médecin référent** : somaticien ou (pédo)psychiatre
- **Rôle du somaticien généraliste et/ou pédiatre** : être garant de la santé physique de l'adolescent
 - Evaluation du poids et surveillance nutritionnelle
 - Surveillance régulière cardiovasculaire et de la température
 - Dépistage des complications
 - Rôle d'orientation, parfois rôle de coordination des soins
 - Suivi en général de longue durée
- **Rôle du (pédo)psychiatre**
- **Liaison avec la médecine scolaire (médecin-IDE scolaires)**
- **Prise en charge de la famille**

Prise en charge de l'anorexie mentale

- La prise en charge est d'abord **ambulatoire** sauf si critères d'hospitalisation somatiques, psychiatriques et/ou environnementaux
- **Le pivot de la guérison est une normalisation nutritionnelle** avec reprise de poids jusqu'à un poids de santé...
- **Mais avec l'objectif d'une guérison plus large psychologique, sociale et relationnelle**

Objectifs d'une prise en charge multidisciplinaire

- L'objectif de poids à atteindre est discuté progressivement avec le médecin. Mais **l'arrêt de la perte de poids** est le **premier objectif** pour la plupart des patients, **avant d'envisager de reprendre du poids**
- En parallèle à la prise en charge nutritionnelle et somatique, la psychothérapie est la thérapie de choix des troubles alimentaires. Mais **la psychothérapie n'est possible que si la personne a un poids suffisant**, sinon ses facultés d'évolution peuvent être amenuisées et elle ne bénéficiera pas de la psychothérapie
- **Lorsque le poids est trop bas**, on pratiquera des consultations ayant pour but une **psychothérapie de soutien** dont l'objectif sera d'accompagner la reprise de poids et de faire face à l'anxiété qui ne manquera pas d'émerger

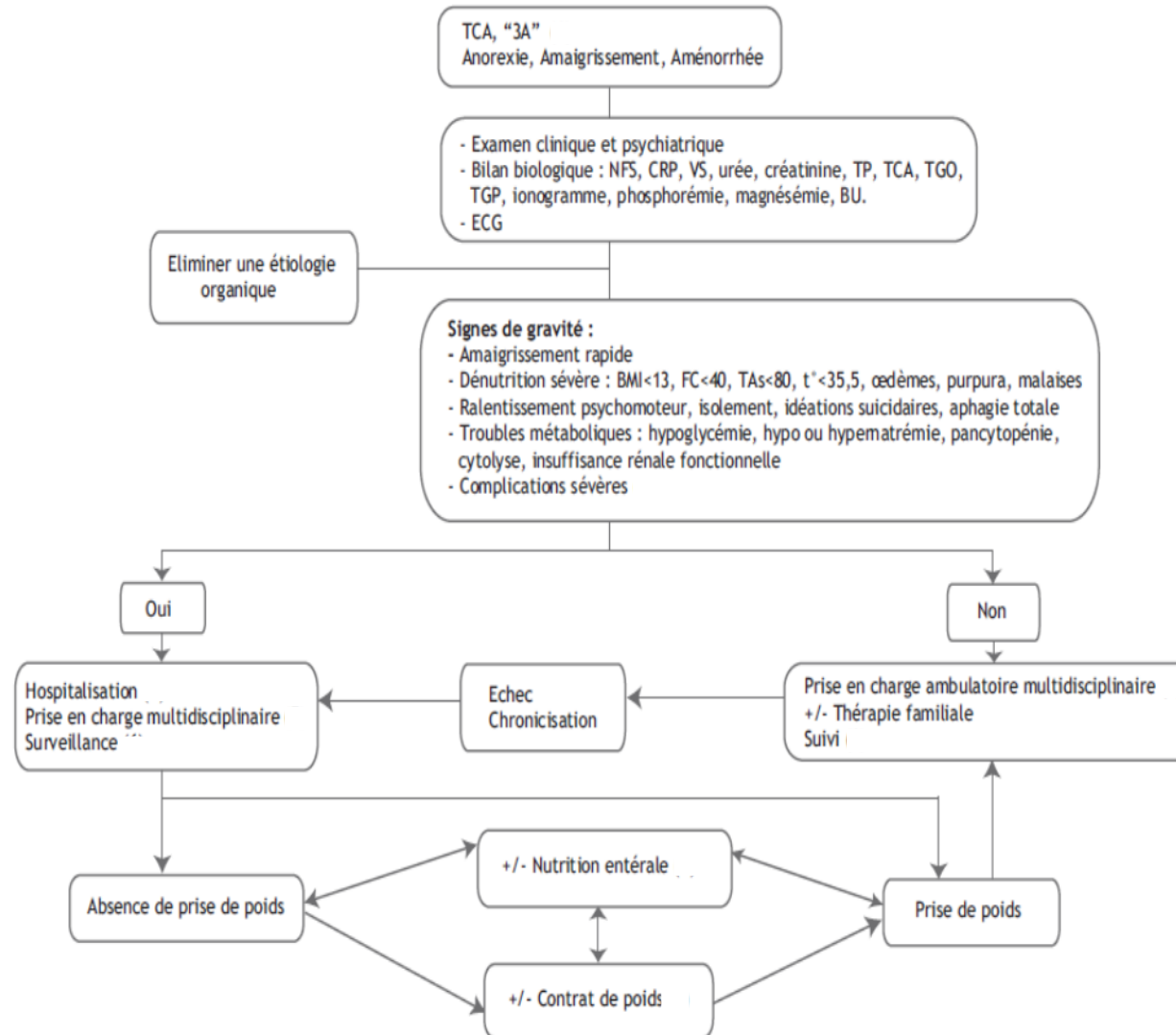
▪ Conduite de la nutrition entérale (NE)

- Dans la mesure du possible, la nutrition entérale ne sera pas débutée d'emblée mais après un temps d'observation pendant lequel le patient essaiera par lui-même de retrouver une alimentation suffisante pour reprendre du poids, sous couvert d'une surveillance hémodynamique
- Si la décision de nutrition entérale est prise, elle sera débutée à un débit très progressif (débit continu sur 24h ou NEDC nocturne) pour éviter le syndrome de renutrition inappropriée, sous couvert d'une surveillance biologique.
- Un poids d'arrêt de NE est fixé
- Suivi hebdomadaire par la diététicienne pour fixer des micro objectifs et travailler sur les représentations et les peurs alimentaires

En hospitalisation pédiatrique

- **Prise en charge de l'hyperactivité**
 - Temps de repos après les repas (30 min-1 h)
 - Repas accompagnés
 - Sophrologie/kinésithérapie → « se réapproprier son corps » et penser autrement l'activité physique
- **Scolarité poursuivie mais réduite**
 - Le surinvestissement scolaire permet à l'anorexique de ne pas penser librement, de ne pas se laisser aller à la rêverie
 - Prise en charge individuelle et collective (ateliers) avec les éducateurs → capacités créatives
- **Séparation avec les parents**
 - Des temps de visite sont programmés en fonction du projet de soins individualisé
 - Un entretien familial par semaine mené par le pédopsychiatre et le pédiatre ensemble

Prise en charge de l'anorexie mentale de l'adolescent



■ **Autres formes d'anorexie de l'enfant**

Anorexie à début pré-pubère : généralités

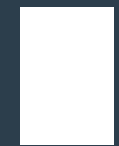
- Peu d'études, rétrospectives, petits effectifs,...
- Epidémiologie difficile à estimer
 - 5 % des AM concernerait les moins de 13 ans, 1 % les moins de 10 ans*
 - Taux d'incidence global annuel pour les TCA restrictifs
 - 1,3 à 4/100.000 enfants âgés de 5 à 13 ans
 - 9/100.000 enfants âgés de 10 à 13 ans
- 19 à 30 % de garçons
- Âge moyen de début des troubles : 11,5 ans

Anorexie à début pré-pubère : **aspects sémiologiques** (1)

- **Forme restrictive pure** plus fréquente
- Restriction hydrique pendant et en dehors des repas
- Consultation plus tardive/début de symptômes avec une perte de poids souvent importante ($\geq 25\%$)
- **Préoccupations corporelles**
 - Dysmorphophobie peu présente
 - Sphère oro-digestive : nausées, douleurs abdominales, pesanteur, dysphagie
 - Avec souvent la classique émétophobie
- **Hyperactivité** +++

Anorexie à début pré-pubère : **aspects sémiologiques** (2)

- **Comorbidités psychiatriques**
 - Troubles de l'humeur
 - Symptomatologie dépressive dans plus de la moitié des cas
 - Probablement majorée par la dénutrition
 - Troubles anxieux
 - Trouble obsessionnel compulsif (TOC)
- **Aucun traitement psychotrope n'est indiqué en 1^{ère} intention**
 1. Renutrition essentielle
 2. Antidépresseurs (IRS) à discuter



Merci de votre attention !