

Conduite à tenir devant une anorexie mentale

Le plus souvent, il s'agit d'une adolescente dont la perte de poids, progressive, est bien tolérée même si elle est très importante ; à celle-ci s'associe une aménorrhée. Le tableau classique est ainsi réalisé par la triade « 3 A » : anorexie, amaigrissement, aménorrhée. Sur le plan psychologique on retrouve un déni de l'état de maigreur, une hyperactivité physique et intellectuelle et des pensées obsédantes concernant l'alimentation. Le diagnostic est souvent fait par le médecin généraliste mais souvent tardivement, devant l'inquiétude des proches qui, très longtemps ont banalisé les troubles. Amener la patiente comme sa famille à accepter une prise en charge spécialisée est souvent difficile mais indispensable. Le traitement de l'anorexie associe une prise en charge nutritionnelle et diététique, une psychothérapie individuelle ou familiale et une chimiothérapie psychotrope. A court terme, la thérapeutique a pour objectif la correction des désordres métaboliques et une amélioration symptomatique. A long terme elle doit prévenir les rechutes, éviter les oscillations anorexie-boulimie et surtout limiter l'isolement affectif, relationnel et socioprofessionnel qui contribue à la sévérité du pronostic.

I : Les premiers entretiens avec l'adolescente et, en sa présence, avec la famille permettent :

- d'établir une relation de confiance
- de reconnaître l'anorexie mentale (amaigrissement, aménorrhée, anorexie)
- de décrire l'évolution du trouble des conduites alimentaires et les antécédents familiaux
- d'effectuer un bilan somatique et d'apprécier le retentissement métabolique et endocrinien de la perte de poids
- d'évaluer le fonctionnement psychologique de la patiente et la dynamique familiale
- de préparer l'hospitalisation qui doit être acceptée par la patiente et son entourage informés des risques encourus du fait de l'évolution de la pathologie et des particularités du contrat de soins proposé
- d'établir un contrat thérapeutique, reposant notamment sur l'isolement d'avec la famille, avec laquelle les contacts ne seront repris que progressivement en fonction de la remontée de la courbe de poids.

II : L'hospitalisation est habituellement nécessaire ; elle permet :

- un isolement du milieu familial
- une réalimentation progressive, par une augmentation et une diversification de la ration alimentaire,
- la mise en place d'une relation psychothérapique, individuelle et institutionnelle, grâce à l'établissement d'un contrat de soins
- l'utilisation de psychotropes, à visée symptomatique : anxiolytique si l'anxiété est importante, neuroleptique sédatif en cas de psychorigidité, antidépresseur lors de l'émergence de symptômes dépressifs ...

III : Exceptionnellement le pronostic vital est en jeu

- il existe alors une perte de poids rapide et importante, et/ou des troubles métaboliques : hypokaliémie, hyponatrémie secondaire à une potomanie, abus de laxatifs, ...
- **l'hospitalisation doit alors s'effectuer en urgence**, en service de réanimation, de médecine ou de pédiatrie, parfois en endocrinologie ;
- elle permet de rétablir les fonctions vitales, parfois avec une réalimentation par voie entérale, mais aussi d'effectuer les premiers entretiens qui aboutiront dans un second temps à une hospitalisation en milieu psychiatrique.