

Conséquences digestives de l'anorexie mentale

Gastrointestinal disorders in anorexia nervosa

Pierre Déchelotte*, Sébastien Grigioni, Serguei Fetissof

*Groupe ADEN EA3234, institut de recherche biomédicale, IFR 23, CHU de Rouen,
UFR de médecine-pharmacie de Rouen, 22, boulevard Gambetta, 76183 Rouen cedex, France*

Reçu le 18 février 2008 ; accepté le 10 mars 2008

Disponible sur Internet le 11 avril 2008

Résumé

Les troubles fonctionnels digestifs sont pratiquement constants au cours de l'anorexie mentale, et constituent une gêne majeure pour les patients et un frein à la réalimentation. Tous les étages du tube digestif peuvent être touchés : régurgitations, troubles de la vidange gastrique, météorisme intestinal et constipation de transit ou distale. Les troubles digestifs sont un motif fréquent de consultation pour les patients anorexiques et peuvent parfois retarder le diagnostic du trouble du comportement alimentaire en raison d'explorations digestives multiples et de la méconnaissance fréquente de l'anorexie mentale par les gastroentérologues. La physiopathologie des troubles digestifs au cours de l'anorexie mentale reste mal connue, mais pourrait impliquer la dénutrition, les dérèglements neuropeptidiques observés au cours de l'anorexie mentale ou des modifications immunologiques. Les symptômes digestifs doivent être systématiquement recherchés au cours de l'anorexie mentale et traités activement pour faciliter l'adhésion des patients au programme de réalimentation orale ou de nutrition entérale. Inversement, il faut savoir suspecter un trouble du comportement alimentaire devant un tableau dyspeptique ou un syndrome de l'intestin irritable avec perte de poids.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Abstract

Gastrointestinal disorders are almost a constant finding in patients with anorexia nervosa and induce a major functional burden as well as obstacles to refeeding. All the parts of the gastrointestinal tract may be involved: benching, delayed gastric emptying, abdominal distension and bloating, delayed transit or terminal constipation. Anorectic patients often refer for gastrointestinal disorders which may delay the diagnosis of the eating disorder because of repeated gastroenterological investigations and also because eating disorders are poorly acknowledged by gastroenterologists. The pathophysiology of gastrointestinal disorders during anorexia nervosa is still poorly understood; it may involve the consequences of malnutrition, altered neuropeptidic regulation associated with the eating disorder or immunological alterations. Gastrointestinal symptoms must be systematically looked for in anorectic patients and actively treated to ease the implication of the patient to the oral refeeding program or to enteral nutrition. Conversely, eating disorders should be suspected in case of severe dyspepsia or irritable bowel syndrome with weight loss.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Nutrition ; Anorexie ; Estomac ; Intestin ; Motricité ; Neuropeptides

Keywords: Nutrition; Anorexia; Stomach; Intestine; Motility; Neuropeptides

1. Introduction

La physiopathogénie de l'anorexie mentale demeure incertaine et est classiquement considérée comme résultant de l'association de différents facteurs biologiques, psychologiques

et socioculturels [1], survenant sur un terrain génétique favorable [2]. Parmi les facteurs biologiques, différentes anomalies des systèmes hormonaux et peptidiques ont été rapportées concernant le système sérotoninergique ou les différents neuropeptides impliqués dans la régulation de la prise alimentaire [3,4]. D'autres travaux ont mis en évidence l'augmentation du stress oxydant et de la production des cytokines proinflammatoires [5,6]. Des travaux récents soulignent l'importance de modifications du système immunitaire dans les troubles de

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : pierre.dechelotte@chu-rouen.fr (P. Déchelotte).

la prise alimentaire [7]. En effet, des autoanticorps circulants contre des neuropeptides comme l' α -MSH ont été mis en évidence chez des patientes souffrant d'anorexie mentale [8,9]. Ces autoanticorps pourraient jouer un rôle étiopathogénique en bloquant ou hyperstimulant certains récepteurs hypothalamiques impliqués dans la régulation de la prise alimentaire et de différentes fonctions homéostatiques [10]. Il est intéressant de souligner d'emblée que plusieurs neuropeptides jouant un rôle clé dans la régulation de la prise alimentaire sont d'origine digestive (ghréline, CCK, PYY) et que d'autres, en particulier l' α -MSH, sont retrouvés aussi bien dans le tube digestif que dans l'hypothalamus [11,12]. Ainsi, le cerveau et l'intestin apparaissent intimement liés dans la régulation de la prise alimentaire [13].

Il n'est donc pas surprenant que les troubles fonctionnels digestifs ou TFD (troubles dyspeptiques et du transit, douleurs abdominales) soient particulièrement fréquents au cours de l'anorexie mentale [14–16]. Ainsi [14], dans une population de patients présentant des troubles du comportement alimentaire (anorexie et/ou boulimie), les troubles les plus fréquemment rencontrés sont le syndrome de l'intestin irritable (52 %), le pyrosis (51 %), le météorisme abdominal (31 %), la constipation (24 %), la dysphagie fonctionnelle (23 %) et les troubles anorectaux (22 %). Des données récentes, à partir d'une série de 254 patients atteints d'anorexie mentale suivis au sein de l'unité de nutrition clinique du CHU de Rouen montrent une prévalence de 43 % de la constipation et de 28 % des troubles dyspeptiques (données non publiées).

Inversement, les comorbidités psychiatriques, notamment à type d'anxiété, de dépression [17,18], ou de troubles de la personnalité [19], sont fréquentes au cours du syndrome de l'intestin irritable. Par ailleurs, une aggravation des symptômes anxiodépressifs est observée lors des poussées chez les patients atteints de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, telles que la maladie de Crohn ou la rectocolite hémorragique [20–22].

Les liens étroits entre TFD et anorexie mentale peuvent être envisagés sous plusieurs aspects. Les TFD exposent souvent à un risque de sous-diagnostic ou de retard diagnostique de la pathologie en raison d'explorations organiques multiples [23] ou de la méconnaissance des troubles du comportement alimentaire par de nombreux gastroentérologues [24,25]. Les TFD liés à l'anorexie mentale peuvent représenter un diagnostic différentiel difficile chez des patientes dyspeptiques ayant exclu de nombreux aliments, ou présentant une authentique maladie inflammatoire chronique de l'intestin, en période active ou séquellaire, d'autant que des associations morbides ont été rapportées [26–30]. Parfois, certaines patientes souffrant d'anorexie mentale se présentent initialement avec une plainte digestive, évoquant les séquelles d'un trouble de type gastroentérique [31], ou même développent une authentique anorexie mentale après un épisode infectieux digestif. Enfin, les symptômes liés aux troubles de la vidange gastrique ou de la motricité intestinale (constipation et ballonnements), déjà au premier plan des plaintes fonctionnelles des patients, peuvent s'exacerber dans les phases initiales de la renutrition et représenter un obstacle réel à la compliance [32], dans la mesure où l'inconfort digestif réel renforce les conduites phobiques.

2. Symptômes digestifs hauts : reflux et troubles de la vidange gastrique

Ils sont présents chez près de la moitié des patients, et correspondent à un syndrome dyspeptique à type de lenteur de digestion, de satiété précoce, avec fréquemment un ballonnement postprandial inconfortable, des régurgitations avec ou sans pyrosis postural ou nocturne témoignant d'un reflux gastro-œsophagien fréquemment associé.

La symptomatologie de reflux peut être présente même en l'absence de crises boulimiques et de vomissements provoqués. Tous les stades d'œsophagite peuvent être retrouvés en endoscopie, mais les œsophagites ulcérées sont relativement rares. Il n'existe pas de données concernant le risque d'apparition d'un endobranchyœsophage ou d'un adénocarcinome du bas œsophage en cas d'évolution prolongée. Le traitement, de façon non spécifique, repose principalement sur les inhibiteurs de la pompe à protons. L'emploi du métoprolole doit être prudent en l'absence de nausées en raison de ses risques d'effets secondaires. Plusieurs cas ont été rapportés de patientes chez qui les régurgitations avaient amené à suspecter le diagnostic d'anorexie mentale, mais chez qui la manométrie a mis en évidence des signes d'achalasie [33].

L'existence d'un ralentissement de la vidange gastrique au cours de l'anorexie mentale est bien établie [34–36], mais les mécanismes impliqués dans ce trouble n'ont pas été précisés depuis ces premières observations [24,37]. La dénutrition protéique, et l'amyotrophie secondaire du muscle viscéral, ainsi que les carences en électrolytes ou micronutriments pourraient contribuer à l'altération de la fonction musculaire et de la coordination antropylorique. En effet, le degré de retard de la vidange gastrique est corrélé avec le degré de dénutrition et la vidange gastrique tend vers une normalisation lors de la correction de la dénutrition [34,35,38]. La sensibilité digestive n'a pas encore été étudiée au cours de l'anorexie mentale. Un abaissement du seuil de perception douloureuse à la distension et/ou un défaut de relaxation fundique pourraient contribuer à l'inconfort digestif, par analogie avec ce qui a été rapporté dans certaines situations postopératoires [39]. L'influence sur la vidange ou la sensibilité gastrique de la nature des aliments ou solutions nutritives employées pour la renutrition n'a pas été étudiée jusqu'à présent, et il n'existe pas d'arguments prédictifs d'une intolérance réelle à tel ou tel type de solution de nutrition entérale. Il est à noter que les troubles de la vidange gastrique ont été observés aussi bien dans les formes restrictives que dans les formes mixtes avec vomissements, mais s'améliorent significativement seulement chez les patientes restrictives, alors que les symptômes s'améliorent dans les deux types avec la renutrition [40].

Dans l'attente de la correction des troubles de la vidange gastrique après renutrition, qui est souvent retardée, il faut les prendre en compte dans la conduite de la renutrition, qui devra être initiée par petits repas fractionnés ou nutrition entérale à faible débit continu, surtout en cas de dénutrition sévère. L'utilisation d'agents prokinétiques tels que le métoprolole ou la domperidone a apporté des bénéfices variables selon les études [24,37]. Des régulateurs de la motricité comme la trimébutine peuvent être utiles. La persistance de symptômes

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2692442>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2692442>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)