

Quand et comment conduire une nutrition entérale au cours de l'anorexie mentale ?

Enteral nutrition in anorexia nervosa: How and when?

Jean-Claude Melchior^{a,c,*}, Mouna Hanachi^a, Pascal Crenn^{a,b}

^a *Département de médecine aiguë spécialisé, unité de nutrition, clinique-maladies infectieuses et tropicales, hôpital Raymond-Poincaré, AP-HP, 92380 Garches, France*

^b *Fédération médicochirurgicale hépatogastroentérologique, hôpital Ambroise-Paré, AP-HP, 92100 Boulogne-Billancourt, France*
^c *UFR médicale Pifo, Saint-Quentin-en-Yvelines, 78000 Versailles, France*

Reçu le 7 novembre 2007 ; accepté le 10 mars 2008
Disponible sur Internet le 11 avril 2008

Résumé

Le traitement des formes sévères d'anorexie mentale est un véritable défi thérapeutique, mais il reste controversé. La nutrition entérale (NE), thérapeutique d'appoint, peut trouver ici une place tout à fait justifiée qui peut même se retrouver au premier plan dans les situations où le pronostic vital est engagé en raison de la gravité de la dénutrition. Ce traitement répond à la logique de l'exigence nécessaire des thérapeutes quels qu'ils soient, à savoir la restauration d'un poids minimum et d'un état nutritionnel normal à terme. Elle peut être conduite dans toutes les structures de prise en charge de l'anorexie y compris les services de psychiatrie. Seules les formes de dénutrition extrêmes nécessitent des unités spécialisées qui conduiront une renutrition très prudente pour éviter les effets du syndrome de renutrition inapproprié. La nutrition entérale est alors conduite le temps nécessaire à sortir du danger vital et d'obtenir un progrès suffisant sur l'alimentation orale qui doit rester largement encouragée par l'équipe tout au long de la période de nutrition entérale. Pour conduire au mieux l'approche multidisciplinaire de cette pathologie dont les répercussions sont aussi bien somatiques que psychiques, la formalisation d'un fonctionnement en réseau semble nécessaire.

© 2008 Publié par Elsevier Masson SAS.

Abstract

Lifesaving treatment in patients with anorexia nervosa and compromised nutritional status is controversial. Enteral nutrition, via a nasogastric tube can be useful in this situation. The digestive tract can be used better than parenteral nutrition. Enteral nutrition can also be used in a situation with moderate malnutrition and stable body weight despite an adequate psychological treatment. In all cases, this treatment should be discussed and accepted with the patient. Polymeric standard solutions can be used, taking care of the level of protein which should not be too high. The start of enteral nutrition is progressive, in order to avoid the risk of Refeeding Syndrome. Vitamins and phosphorus should be added to the enteral nutrition during the first few days. Complications of treatment is not frequent with these patients and are presented. Enteral nutrition should be not too long and should be decreased in the same time that oral nutrition progressively increases. The results of literature show that, enteral nutrition does not deteriorate the psychological state of the patients and is found to be accepted more positively than forced feeding orally in the initial critical phases, and is less dangerous in terms of metabolic tolerance. For these reasons, enteral nutrition should be included in the armament of treatment of anorexia nervosa.

© 2008 Publié par Elsevier Masson SAS.

Mots clés : Nutrition entérale ; Syndrome de renutrition ; Dénutrition ; Anorexie mentale

Keywords: Enteral nutrition; Refeeding syndrome; Malnutrition; Anorexia nervosa

1. Introduction

L'anorexie mentale (AM) est une pathologie chronique, résultant d'un trouble du comportement, la restriction alimen-

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : jean-claude.melchior@rpc.aphp.fr (J.-C. Melchior).

taire, autour de laquelle va s'organiser toute la vie psychique et relationnelle des malades. C'est la plus grave des pathologies psychiatriques par son retentissement somatique, car la dénutrition peut atteindre dans cette maladie les limites de la survie et conduire à la mort. Si le traitement de l'AM peut être multidisciplinaire en raison des conséquences somatiques et psychiatriques des troubles observés, celui-ci n'est fondamentalement pas nutritionnel, mais psychiatrique. En effet, la dénutrition ne résulte pas d'une disparition passive de l'appétit, mais d'une conduite consciente et volontaire de lutte permanente contre la faim. La peur de grossir, le fantasme boulimique et le désir de maigrir organisent une conduite persistante malgré le danger vital de la dénutrition. Dans ce contexte, la démarche thérapeutique qui doit être en premier lieu analytique et comportementale, doit définir et exiger un objectif pondéral minimum raisonnable qu'il faut faire admettre à la patiente. Cette objectif nutritionnel est l'obtention à terme d'un poids minimum correspondant à un IMC supérieur à 18 ou au retour spontané des règles. Sans l'acceptation bilatérale (soignant et soigné) de cet objectif, aucune approche psychothérapeutique ne peut être efficace, ni aucune guérison envisagée. Mais dans une pathologie où dénis des troubles et refus de soins se côtoient, la dénutrition et ses conséquences peuvent être au premier plan d'une situation clinique engageant le pronostic vital. C'est alors que la nutrition artificielle peut prendre la première place pour sauver une situation qui peut sembler compromise. Mais au-delà de l'urgence vitale, l'assistance nutritionnelle peut avoir une vraie place dans le traitement de l'anorexie mentale. L'articulation de ce traitement somatique de la dénutrition avec la prise en charge psychothérapeutique est indispensable car elle renforce ce qui devrait être l'objectif de tous les thérapeutes, la restauration d'un poids normal. Mais encore faut-il que ce traitement soit décidé et accepté avec et par le malade dans un contexte d'alliance thérapeutique définissant les objectifs et moyens. Le présent chapitre va tenter de définir quand et comment conduire une nutrition entérale (NE) dans l'anorexie mentale.

2. Les traitements nutritionnels et la nutrition artificielle : leur place respective dans l'anorexie mentale

Plusieurs traitements nutritionnels peuvent être considérés dans l'anorexie mentale. Les repas thérapeutiques sont en fait une approche psychocomportementale qui renforce le lien entre la pensée et la réalité somatique. Le traitement des troubles métaboliques, véritable urgence thérapeutique, ne se conçoit qu'en milieu spécialisé de soins intensifs ou continus. Ce traitement se fait par voie veineuse. Il ne sera pas développé ici [1]. Le traitement de l'ostéoporose qui est la plus grave des complications chroniques nutritionnelles de l'anorexie mentale doit s'intégrer dans la prise en charge globale. Il sera traité dans un autre chapitre. La nutrition artificielle ou de façon plus générique l'assistance nutritionnelle est l'approche thérapeutique de la dénutrition. Trois voies sont théoriquement possibles, la complémentation orale, la nutrition parentérale et la nutrition entérale. La complémentation orale est certainement largement prescrite dans l'approche ambulatoire des situations graves de dénutrition de l'anorexie mentale. Cependant, aucune

étude n'a jamais démontré l'efficacité de ce traitement dans ce contexte. Il est cependant possible qu'une évaluation dans les situations d'attente d'une hospitalisation pour dénutrition grave lui trouve dans le futur une utilité thérapeutique. La nutrition parentérale, qu'elle soit par voie veineuse périphérique ou centrale, ne devrait pas avoir de place dans le traitement de la dénutrition de l'anorexie mentale [2,3]. Les risques majeurs que ce traitement fait courir à des patients cachectiques a été rapporté à l'aube de la nutrition parentérale [4,5] et ne sont pas admissible alors que le tube digestif est fonctionnel. Il reste que de façon exceptionnelle il peut exister des situations où le tube digestif est inutilisable (contexte chirurgical digestif en particulier, hyperémie gravidique exceptionnelle dans ce contexte, etc.), justifiant le recours à la nutrition par voie veineuse. Celle-ci devra alors être conduite en milieu hyperspécialisé. L'existence de vomissements liés à des crises de boulimie ne justifient aucunement une nutrition parentérale. Il reste la nutrition entérale qui utilise un tube digestif fonctionnel en respectant largement la physiologie du tube digestif, voire en corrigeant d'éventuels troubles de la motricité gastro-intestinale. Si elle n'est pas sans risques, cette technique présente un rapport efficacité/risque et efficacité/coût tout à fait acceptable. La nutrition entérale devrait être la thérapeutique privilégiée pour traiter la dénutrition grave de l'anorexie mentale.

3. Bénéfices attendus de la nutrition entérale dans l'anorexie mentale

Quels sont les bénéfices attendus de la nutrition entérale dans l'anorexie mentale ? C'est ce que nous allons essayer de déterminer, malgré le petit nombre de publications de bonnes qualités méthodologiques qui puissent permettre de réponse de façon définitive à cette question. Il est classique de considérer que la nutrition entérale est bénéfique et son utilisation justifiée lorsqu'il existe une dénutrition dont les conséquences somatiques peuvent être préjudiciables au malade, que les ingesta spontanés sont insuffisants et que le tube digestif est utilisable. Dans l'anorexie mentale, les ingesta spontanés sont insuffisants, mais ce n'est pas par perte d'appétit, comme nous l'avons vu, et cela pose différents problèmes, dont certains d'ordre éthique, dont nous reparlerons. La dénutrition peut être grave, elle conduit toujours à une immunodépression dont les conséquences infectieuses sont bien établies, même si spécifiquement dans l'anorexie mentale, elles ont été publiées de façon plus confidentielle [6,7]. Peu d'études ont montré un réel bénéfice sur les complications infectieuses et le risque nutritionnel dans l'anorexie mentale, mais celui-ci existe à n'en pas douter d'autant plus que la dénutrition est sévère. Et comment traiter une infection chronique à mycobactérie sans traiter la dénutrition qui l'accompagne, qu'elle qu'en soit la cause. Historiquement, les débuts de la nutrition artificielle ont mis en avant toutes les techniques de nutrition parentérale par voie veineuse. Ainsi, malgré l'attitude que nous avons prôné de ne pas utiliser la nutrition parentérale dans l'anorexie mentale, une étude randomisée a réalisé cette comparaison [8]. Celle-ci a montré que l'efficacité nutritionnelle était la même, ce qui compte tenu du risque de

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2692447>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2692447>

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