

PROCOLES DE SOINS

EQUIPE DE LIAISON ET DE SOINS EN ADDICTOLOGIE (ELSA)



MISE À JOUR JUIN 2018

Objet

Description des modalités et de prise en charge d'une anorexie mentale chez l'enfant

Destinataire(s) / Domaine d'application(s)

Ce mode opératoire concerne la prise en charge des patients dans les services de pédiatrie et s'adresse aux professionnels de ces services.

Indications

Le diagnostic d'anorexie mentale ne peut être retenu qu'à la fin d'une évaluation pluridisciplinaire, après élimination d'une pathologie organique.

Informations patient et/ou entourage

Références / Documents liés

- HAS Anorexie mentale/prise en charge
- Stheneur C : Surveillance biologique des anorexiques SFP 2008 Nantes
- De Tournemire R, Alvin P : Anorexie mentale et dénutrition grave : comment assurer la prise en charge nutritionnelle en milieu pédiatrique. Archive Pédiatrie 2002 ; 429-433
- Mallet E : Management of acute hypophosphatemia Archive pédiatrie 2006 13 525-527
- Alvin P Marcelli D : médecine de l'adolescent Masson 2005

Modalités de sevrage

- ❖ **Bilan initial** : Il a deux buts : éliminer une pathologie organique et apprécier le retentissement de la carence alimentaire.

Bilan Clinique	Bilan Biologique	Autres examens
<ul style="list-style-type: none"> • Examen complet (cutané++ risque d'escarre, de plaie, d'hématomes) • BMI • Cotation du stade pubertaire (Tanner) • TA, température, pouls. 	<ul style="list-style-type: none"> • NFS, CRP et VS • Ionogramme complet : calcémie-phosphorémie, TGO-TGP bilirubine • IgG, T4 TSH, prolactine, LH FSH œstrogène ou testostérone • Anticorps transglutaminase • Electrophorèse des protéines • BU 	<ul style="list-style-type: none"> • ECG, âge osseux (si déclenchement avant la fin de la puberté) • Radiographie du thorax • TDM cérébrale (plus rarement IRM sauf si cassure staturale majeure) • Echographie abdomino-pelvienne • Evaluation de la densité osseuse

- ❖ **Indications d'hospitalisation**

- Faire le bilan initial (à discuter et à programmer si possible)
- Perte de poids très rapide ou IMC inférieur à 13-14
- Aphagie
- Complications somatiques (malaise/épuisement/confusion/troubles métaboliques sévères)
- Complications psychiatriques (TS/dépression...)
- Difficultés familiales
- Echec de la prise en charge ambulatoire

❖ Surveillance pendant l'hospitalisation

- Constantes tous les jours (TA, température, pouls)/scope pendant la nuit initialement si dénutrition très sévère
- Examen clinique tous les jours (attention aux zones d'escarre)
- Poids Lundi et Jeudi
- Bilan biologique 1 à 2 fois par semaine selon la gravité clinique : NFS, iono, calcémie, phosphorémie, bilan hépatique (si nutrition entérale)
- Supplémentation en phosphore (phosphoneuros 60 gouttes par jour en une prise) systématique pendant la phase de renutrition hospitalière
- Discuter un traitement anxiolytique par Atarax 25 mg le soir au coucher et si crise
- Repos/vêtement chaud
- 4 repas avec féculents (cf diététique dans le service)
- Les conditions d'hospitalisation ne sont pas décidées en urgences mais après concertation des pédopsychiatres et pédiatres qui suivront l'adolescent(e)

❖ Nutrition par sonde nasogastrique

Pour les formes graves avec dénutrition sévère ou complication/aphagie :

- Décision par pédiatre (+/- pédopsychiatre)
- Si possible après observation hospitalière de 48 heures
- Si nutrition décidée : sur 24h en continu, produit standard (nutrison), 200 ml le premier jour et augmentation/48h de 100 à 200 ml par jour (à ajuster suivant la tolérance clinique et biologique et la prise de poids)

Surveillance :

- Ionogramme avec phosphorémie et bilan hépatique 2 fois par semaine
- Position de la sonde
- Radio pour contrôle initial de la sonde