

Urgences et Troubles du Comportement Alimentaire

Les Troubles du Comportement Alimentaire ou TCA

Il existe trois types de TCA: l'anorexie mentale (poids bas ou en baisse), l'hyperphagie boulimique (poids élevé ou en hausse) et la boulimie (poids dans la norme). Quel que soit le TCA, on peut retrouver une restriction calorique et/ou des conduites purgatives (vomissements, prise de laxatifs ou de diurétiques) et/ou des crises de boulimie (ou d'hyperphagie).

Examen aux urgences

Le passage aux urgences de tout patient souffrant de TCA justifie une double évaluation, médicale et psychiatrique

Examen clinique complet avec mesure des constantes (pouls, PA, température), mesure du poids en sous-vêtements, calcul de l'IMC (kg/ T en m² ; taille), appréciation des fluctuations pondérales récentes.

Examens paracliniques indispensables

NFS, TP, Ionogramme sanguin (Na, K, RA, Chl urée, créatininémie), Glycémie, Phosphorémie, Transaminases, Bandelette urinaire (acétone, leuco, nitrites) ; Electrocardiogramme.

L'hospitalisation en urgence est indiquée sur des critères somatiques et/ou psychiatriques et/ou environnementaux

(cf. recommandations prise en charge de l'anorexie mentale HAS 2010, de la boulimie 2016 à venir ou version longue de ce document).

Il faut rechercher autant que possible l'accord du patient et de sa famille (version longue de ce document).

Ces patients et leur famille sont souvent dans un état de stress important. On veillera à bien informer et rassurer le patient et son entourage.

- ❖ Si un suivi est en place, les référents médicaux et psychiatriques doivent être contactés au plus vite.
- ❖ Si le patient n'est pas suivi, prendre rapidement contact avec un service référent régional pour la suite de la prise en charge cf site internet du réseau TCA Ile de France <http://www.reseautca-idf.org/>, ou site de l'AFDAS-TCA (France entière) <http://www.anorexiéboulimie-afdass.fr/>.

Urgence somatique : initier le traitement aux urgences

- ❖ **Si IMC ≤ 12, l'hospitalisation s'impose**, même pour une courte durée
- ❖ Repos strict au lit si dénutrition grave, réchauffement (couverture de survie)
- ❖ Supplémentation initiale et systématique en micronutriments : Phosphore (Phosphoneuros® 100 gouttes par jour, cf infra) et polyvitamines/OE per os (Energy Power® 1cp/j ou Hydrosol Polyvitaminé® 15 à 20 gouttes/j ou équivalents) ou IV : Vitamines (Cernévit®, 1 ampoule en IVL/j et Bévitine-B1- 3 ampoules à 100mg/j), Oligoéléments (Decan®, 1 flacon en IVL/j)
- ❖ Si IMC <12 et/ou ralentissement psychomoteur et/ou désordres hydroélectriques : voie veineuse périphérique avec perfusion de sérum physiologique + 2g/l de KCl (**ne pas apporter de glucose par voie intraveineuse**) à 40 ml/kg/jour. Diminuer à 20 ml/kg/jour en cas d'inflation hydro-sodée importante
- ❖ En cas de dénutrition, la réintroduction alimentaire se fait sur prescription médicale. Elle **doit être progressive** et fractionnée en 5 repas avec des apports de l'ordre de 15 kcal/kg/j les premiers jours. Les apports en micronutriments doivent être poursuivis
- ❖ Une nutrition entérale (NE) ne se débute généralement pas dans un service d'urgence. Si prolongation du séjour aux urgences, avec des apports spontanés quasi nuls ou si il existe des hypoglycémies symptomatiques, une NE par sonde doit être débutée (mélange isocalorique 1ml = 1kcal) administré à débit continu, sur 24h, par pompe, en commençant par 10 à 15 kcal/kg/j (environ 500 ml le premier jour). Une sonde de petit diamètre suffit (8 à 10 Fr). Un contrôle radiologique de la position distale dans l'estomac est impératif. La fixation doit être assurée à 2 niveaux (aile du nez et sur la joue).

Surveillance clinique : conscience, PA, fréquences cardiaque et respiratoire, température corporelle, inflation hydrique, évaluation de la prise alimentaire et des apports hydriques.

Surveillance biologique : ionogramme sanguin complet avec phosphorémie à contrôler /12h si confusion, tachycardie relative (en pratique au-delà de 80 /minute au repos), perturbations sur le bilan initial ayant nécessité une correction (phosphore, potassium).

Prise en charge des hypoglycémies

Surveiller les glycémies capillaires systématiquement à l'admission puis toutes les 8h, si IMC <12.

Devant tout malaise chez une patiente ayant un TCA, un épisode hypoglycémique doit être suspecté. La mesure de la glycémie ne doit pas retarder le resucrage. En l'absence de troubles de conscience, resucrage *per os* (10 grammes de sucre rapide : 2 morceaux de sucre ou 1 sachet de sucre + ½ pain ou 2 biscottes). En cas d'impossibilité de resucrage *per os* (refus de la patiente, troubles de conscience), resucrage prioritairement par voie entérale (bolus de 100 ml d'un soluté isocalorique puis 500 ml/24h en continu). Si voie entérale impossible, injecter 1 ampoule de G10% en IV qui sera **obligatoirement suivie** de la mise en place d'une perfusion de type glucosé à 5% avec KCl 2g/l et NaCl 4g/l, à la place du sérum physiologique, pour éviter les rebonds d'hypoglycémies. Le glucagon est inefficace.

Prévention et traitement de l'hypophosphorémie

Une hypophosphorémie inférieure à 0,6 mmol/l impose l'arrêt temporaire de l'alimentation et la correction de la phosphorémie avant la reprise de la nutrition qui se fera en poursuivant la supplémentation phosphorée.

- ▶ Per os Phosphoneuros® solution buvable fl 120 ml : Phosphates 0.26 mmol / goutte
- ▶ Par voie IV Phocytan® ampoule de 10 ml : Phosphates 0,66 mmol/ml

Phosphorémie	Apports recommandés
0,6 à 1,2 mmol/l (normale)	0,5 mmol/kg/j per os soit environ 50 à 100 gouttes de Phosphoneuros®/j
0,3 à 0,6 mmol/l	9 mmol en IV sur 12 heures
< 0,3 mmol/l	18 mmol en IV sur 12 heures

Traitement de l'hypokaliémie

L'apport de chlore est un élément majeur de la correction de l'hypokaliémie par vomissements. Le premier traitement de l'hypokaliémie est donc la perfusion de sérum physiologique (cf ci-dessus). Des inhibiteurs de la pompe à protons seront également débutés.

Hypokaliémie minime >3 mmol/l et absence de signes ECG :

- ▶ Pas de surveillance scopique
- ▶ Apport per os de potassium en 3 doses par jour à distance des vomissements (ou par voie IV en cas de vomissements incoercibles): Diffu K® (gélules à 600mg) 2 gélules x3 ou Kaléorid® (gélules à 1000 ou 600 mg) 1 à 2 gélules x 3

Hypokaliémie modérée de 2,5 à 3 mmol/l et absence de signe ECG :

- ▶ Surveillance scopique
- ▶ Chlorure de Potassium 10% (ampoule de 10ml =1 gramme de potassium= 13mmol) : une ampoule dans 500 ml de sérum physiologique à passer sur 3h. On ajoutera une ampoule de chlorure de magnésium (10ml = 1 gramme). Contrôle du ionogramme une heure après la fin de la perfusion (à répéter si nécessaire)

Hypokaliémie sévère < 2.5 mmol/l et/ou signes ECG :

- ▶ Transfert en réanimation ou unité de soins continus
- ▶ Idem au traitement de l'hypokaliémie modérée

Le second temps de la prise en charge de l'hypokaliémie est la prescription d'une supplémentation en potassium *per os* en relais avec surveillance rapprochée de la kaliémie.

Prise en charge d'une hyponatrémie

Il s'agit en général d'une hyponatrémie de dilution liée à une intoxication à l'eau sur potomanie. Le traitement passe par une restriction en eau avec surveillance des zones d'accès à l'eau.

Urgences psychiatriques

En cas de tentative de suicide, de potentiel suicidaire moyen ou élevé, de comorbidité psychiatrique aiguë et sévère (dépression, trouble obsessionnel compulsif, troubles anxieux, trouble de la personnalité limite), une hospitalisation s'impose. La décision du lieu et du moment de d'hospitalisation en psychiatrie sera prise après concertation entre l'équipe médicale et le psychiatre. Certaines tentatives de suicide sont en lien direct avec un TCA caché. La recherche d'un TCA doit être systématique en cas de consultation en urgence pour tentative de suicide trouble dépressif ou anxieux en particulier chez les jeunes filles et les jeunes femmes.

Il ne faut pas....et il faut penser à

- ❖ Ne pas séparer systématiquement le patient de son entourage (appliquer les procédures habituelles du service).
- ❖ Ne pas perfuser du sérum glucosé (sauf cas particulier, cf hypoglycémie).
- ❖ Ne jamais faire de nutrition par voie parentérale. La voie entérale est à privilégier si nutrition artificielle indiquée.
- ❖ Ne pas faire repartir un patient au prétexte d'un bilan biologique normal si présence de critères de gravité clinique.
- ❖ Ne pas forcer le patient à s'alimenter.
- ❖ Ne pas prescrire de neuroleptiques ou d'antidépresseurs dans l'urgence sans avis spécialisé (risque vital en cas de dénutrition majeure ou d'hypokaliémie)
- ❖ Surveiller les hypoglycémies post-stimulatives
- ❖ **Dans tous les cas, le patient ne doit pas repartir sans qu'une consultation ait été programmée avec un médecin et/ou un psychiatre.**

Complément d'information pour les professionnels ou les patients et leur famille

- ❖ Documents d'information pour les patients et les familles et Recommandations de bonnes pratiques pour les professionnels : prise en charge de l'anorexie HAS 2010, http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_985715/fr ; reco Boulimie à venir 2016
- ❖ Numéro vert Anorexie-Boulimie-Info-Ecoute 0810 037 037 : Permet aux professionnels et aux patients et à leur famille d'avoir une écoute ou une information précise par des professionnels ou des associations de patients