



RHNe

**Réseau
Hospitalier
Neuchâtelois**

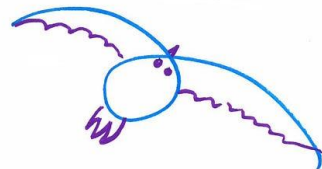
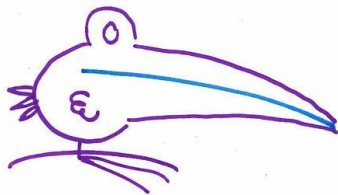
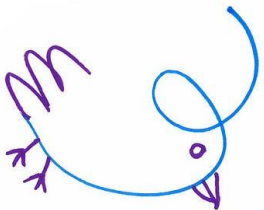
Prise en charge somatique des Troubles du Comportement Alimentaire

Focus ambulatoire

08.01.2026

Dre Monica Pinto, médecin CDC adjoint

Service d'Endocrinologie et Diabétologie RHNe



Troubles du Comportement Alimentaire Anorexie _ Boulimie

En Médecine Interne Générale?

Problème médical majeur

- Prévalence élevée dans la population générale
 - 2 - 8 % (définition ; population étudiée)
- **Maladies somatiques graves**, pas uniquement psychiatriques
- **Forte morbi-mortalité**
 - Complications multi systémiques
 - Mortalité significative (AN + 5-6%)
 - Causes décès + fréquentes : complications somatiques / suicide
 - Risque indépendant de l'IMC
- **Retard diagnostique fréquent**
 - Gravité somatique non proportionnelle à l'IMC, présentation souvent trompeuse, patients "fonctionnels", biais liés au poids et aux stéréotypes
- **Suivi majoritairement ambulatoire**

Le médecin de premier recours est **central** dans la prise en charge

- Médecin généraliste **en première ligne**
 - **Dépistage**
 - **Evaluation initiale**
 - **Surveillance somatique régulière**
 - **Coordination des soins**
 - **Décision d'hospitalisation**
 - Décision médicale fondée sur des critères cliniques et biologiques (non psychiatrique)

Troubles du Comportement Alimentaire Anorexie _ Boulimie

Reconnaître les TCA sans psychiatriser la consultation

Anorexie mentale

- Restriction alimentaire volontaire
- Peur intense de la prise de poids
- Distorsion de l'image corporelle
- ± comportements de purge (modification du profil somatique) / ± hyperactivité physique

Boulimie

- Crises alimentaires
- Comportements compensatoires
- IMC souvent normal

Hyperphagie boulimique

- Crises sans purge ni comportements compensatoires
- Surpoids fréquent, comorbidités métaboliques

Formes atypiques

AN atypique

- Restriction + cognitions anorexiques
- IMC normal ou élevé
- Perte pondérale rapide
- Complications somatiques identiques

Tableau 1 : Classification des troubles des conduites alimentaires selon la classification DSM-V

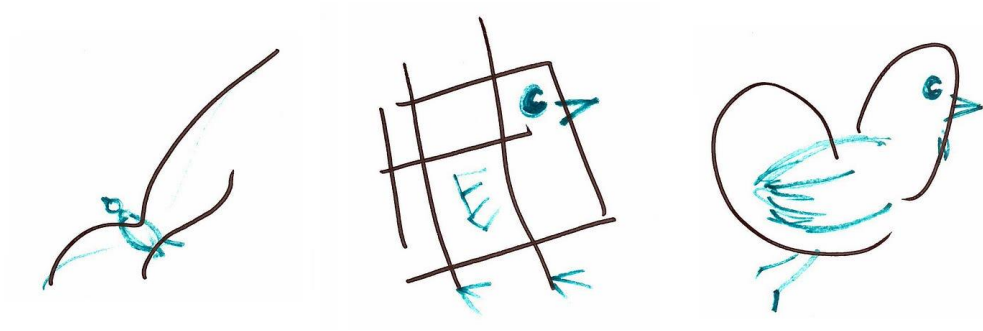
ANOREXIE MENTALE	BOULIMIE	HYPERPHAGIE BOULIMIQUE
A. Restriction alimentaire, conduisant à un poids corporel significativement bas en fonction de l'âge, du sexe, de la trajectoire développementale ainsi que de la santé physique	A. Survenue récurrente de crises + perte de contrôle	A. Survenue récurrente de crises de boulimie + perte de contrôle
B. Peur intense de prendre du poids ou de devenir grosse, ou comportements persistants allant à l'encontre de la prise de poids, alors que le poids est significativement bas.	B. Comportement compensatoire pour prévenir le gain pondéral (vomissements, laxatifs, jeûne, hyperactivité)	B. Au moins 3 critères suivants - ingestion en très peu de temps - jusqu'à distension abdominale inconfortable - sans faim et sans rassasiement - repas isolé - culpabilité/dégoût
C. Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou manque persistant de reconnaître la gravité relative à la maigreur actuelle.	C. Au moins 1 fois par semaine pendant 3 mois.	C. Au moins 1 fois par semaine pendant 3 mois.
	D. Profonde altération de l'estime de soi	D. Souffrance marquée
	E. Le trouble peut apparaître même sans période d'AM	E. Absence de comportements compensatoires
TCANS (ou EDNOS)		
Anorexie atypique Boulimie ou hyperphagie boulimique faible en fréquence Purge sans boulimie Noctophagie (NED) Autres troubles (mércysme, PICA...)		

Zeanandin G. Comment identifier un trouble du comportement alimentaire (TCA) en consultation ? FMC HGE – POST'U 2024

Troubles du Comportement Alimentaire Anorexie _ Boulimie

Ce qui compte vraiment d'un point de vue somatique

- Trajectoire pondérale
- Signes vitaux
- Comportements de purge
- Biologie
- ECG



Troubles du Comportement Alimentaire Anorexie _ Boulimie

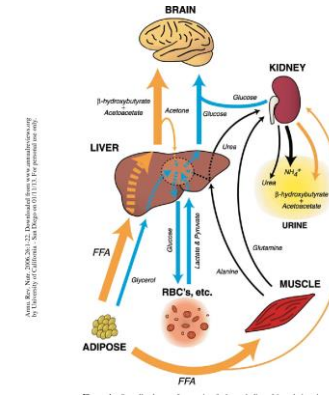
Physiopathologie somatique : *Pourquoi le corps s'adapte... puis se décompense*

Physiopathologie somatique n'est pas la conséquence d'une maladie d'organe

- C'est l'expression d'un programme adaptatif de survie à la famine
- Majorité des anomalies objectivées sont cohérentes, organisées, hiérarchisées
- Et réversibles

Restriction calorique chronique

>>> adaptations



Adaptation métabolique au jeûne

Catabolisme protéique

Dysfonctions endocriniennes

Troubles du Comportement Alimentaire Anorexie _ Boulimie

Physiopathologie somatique : *adaptation métabolique au jeûne prolongé*

Hypométabolisme organisé, adaptatif

- Baisse du métabolisme basal
 - Phénomène actif (pas mécanistique sur ↓ MM)
 - AN : DER ↓ 20-40%
- **Programmation centrale de l'économie énergétique**
 - **Menace vitale > réponse survie > réduction de toute dépense énergétique non indispensable**
 - ↓ activité SNS
 - ↑ relative du tonus parasympathique
 - ↓ thermogenèse
 - Ralentissement global fonctions périphériques
- **Traduction clinique : bradycardie, hypotension (orthostatique), hypothermie**
 - Asthénie, ralentissement psychomoteur
 - **Bradycardie sinusale (parfois <40/min, asymptomatique : physiologiquement adaptée, DC ajusté à une demande périphérique faible)**

Un patient anorexique bradycarde, hypotendu, hypotherme, mais conscient, sans signe d'hypoperfusion, n'a pas une indication à une correction pharmacologique de ses constantes.

Traitement : réalimentation

Signes initialement

adaptatifs

MAIS

Equilibre fragile :

infection, déshydratation,
réalimentation inadaptée,
trouble électrolytique

Troubles du Comportement Alimentaire Anorexie _ Boulimie

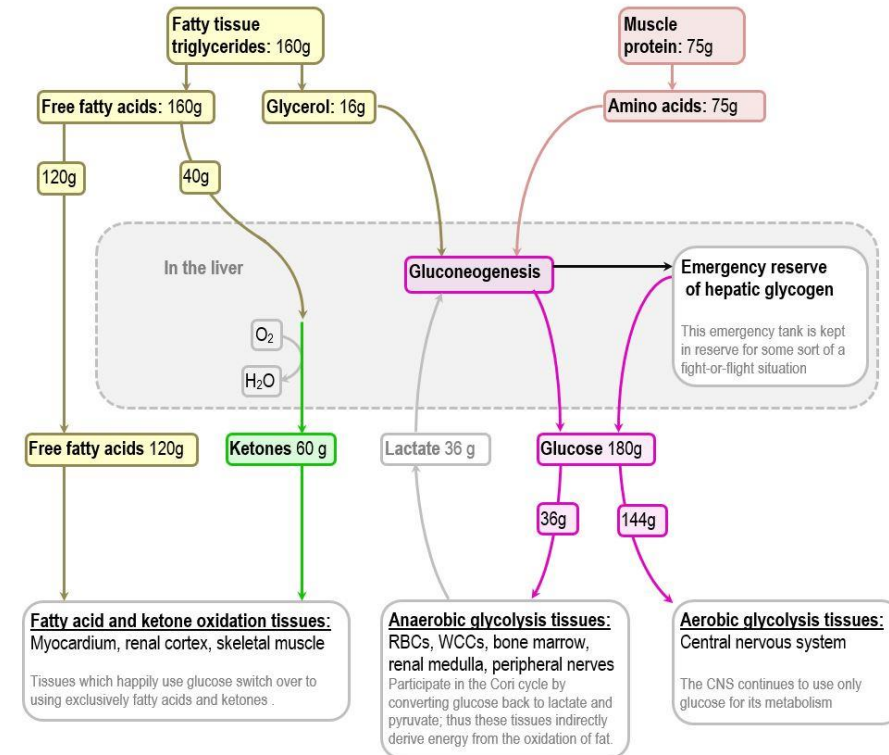
Physiopathologie somatique : *catabolisme protéique*

Hiérarchie des substrats énergétiques

- Glycogène > lipides > protéines
 - SNC, GR, cells médullaires : dépendance glucose
- Absence d'apports glucidiques : **néoglucogénèse** (substrat principal : aa issus du muscle)

Fonte musculaire généralisée (y compris myocardique)

- **Muscle squelettique** devient un **réservoir énergétique** (maintien de la glycémie, fonctions vitales)
 - ↓ masse myocardique, ↓ volume VG, ↓ réserve contractile
 - Tolérance dépendante de la demande



Implications cliniques majeures

- **Risque défaillance cardiaque** si augmentation brutale des besoins
- **Réalimentation** : ↑ volume intravasculaire / charge sodée / demande métabolique / sécrétion d'insuline
 - ICA de renutrition
 - Perte de synchronisation entre la vitesse de renutrition et la capacité d'adaptation myocardique

Troubles du Comportement Alimentaire Anorexie _ Boulimie

Physiopathologie somatique : *Dysfonctions endocriniennes*

Axe thyroïdienne

- **Hypothyroïdie de famine : low T3 syndrome**
 - Baisse marquée T3, T4 normale ou légèrement diminuée, TSH normale ou basse
 - **Ajustement métabolique : ↓ dépense énergétique cellulaire**
- **Ne pas traiter/substituer!**

Axe gonadotrope

- **Suppression (suspension fonction reproductive)**
- ↓ leptine (MG) > insuffisance énergétique > ↓ sécrétion pulsatile de GnRH > ↓ LH FSH
 - **Aménorrhée / hypogonadisme** (sécurité énergétique)

Axe corticotrope

- **Hypercortisolisme adaptatif**
 - Favoriser néoglucogénèse, mobilisation des substrats, survie en situation de stress prolongé
 - > Contribue au catabolisme protéique, ostéoporose, dysfonction immunitaire

**Cohérence dans l'économie
(adaptation)
MAIS
Vulnérabilité extrême aux
changements rapides
(!renutrition)**

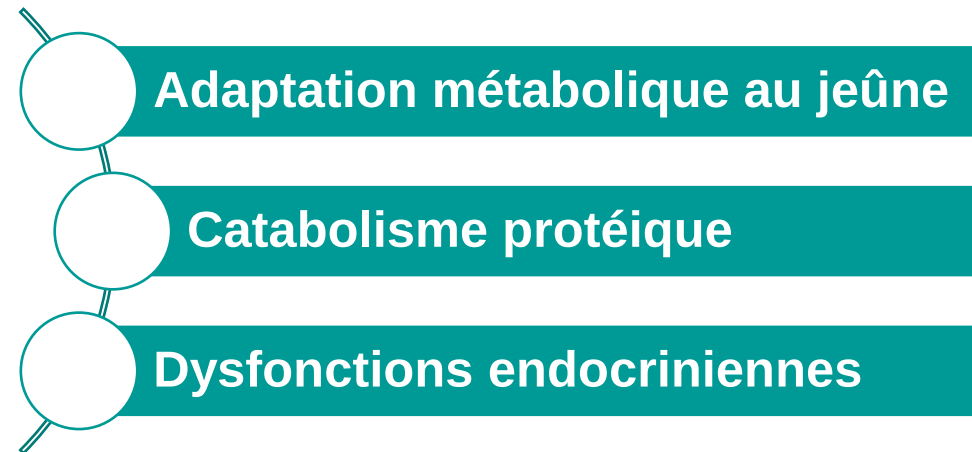
Troubles du Comportement Alimentaire Anorexie _ Boulimie

Physiopathologie somatique : *Pourquoi le corps s'adapte... puis se décompense*

Comportements de **purge**

- Vomissements, laxatifs, diurétiques
- **Augmentation ++ du profil de risque**
- **Troubles électrolytiques** +
déshydratation (hypoK, alcalose)
- **Syncopes**
- **Bradycardie + hypokaliémie !!**
- **Risque rythmique aigu**

Adaptation
≠
Sécurité



Troubles du Comportement Alimentaire Anorexie _ Boulimie

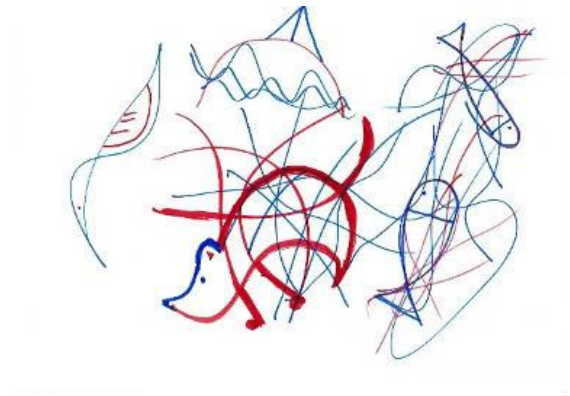
Complications somatiques

Les troubles du comportement alimentaire sont des maladies somatiques multisystémiques, à haut risque vital, souvent sous-estimées.

- Le poids n'est pas un critère de sécurité.
- Signes souvent discrets, progressifs, masqués par des mécanismes d'adaptation extrêmement efficaces

Changement de paradigme :

- **Le risque est biologique, pas comportemental**



Troubles du Comportement Alimentaire Anorexie _ Boulimie

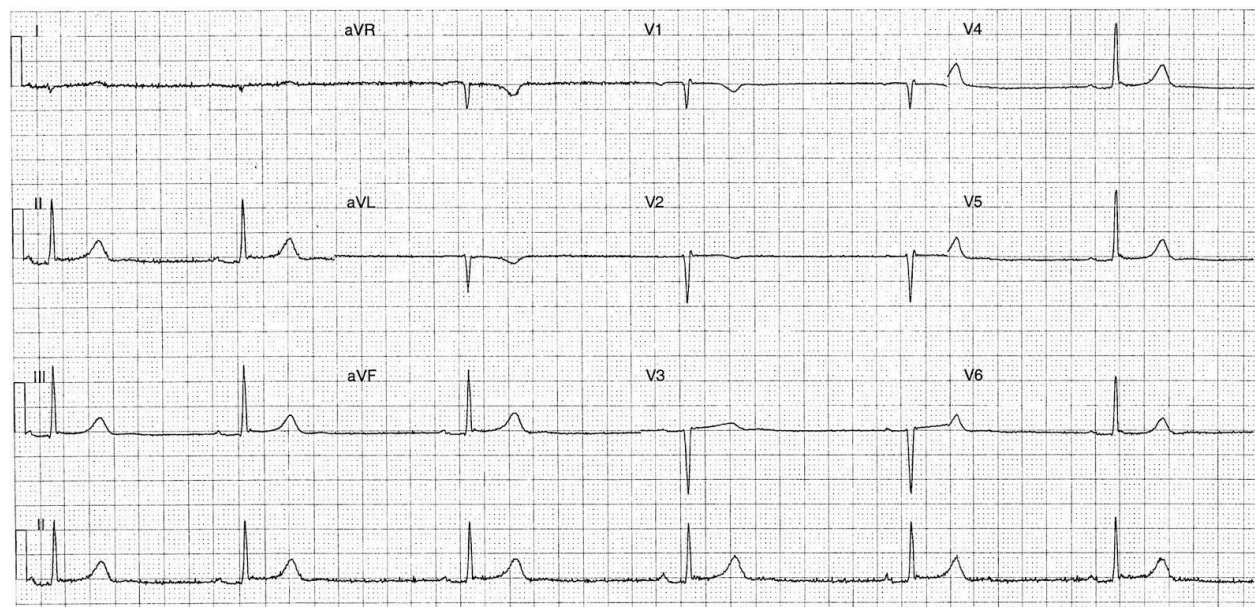
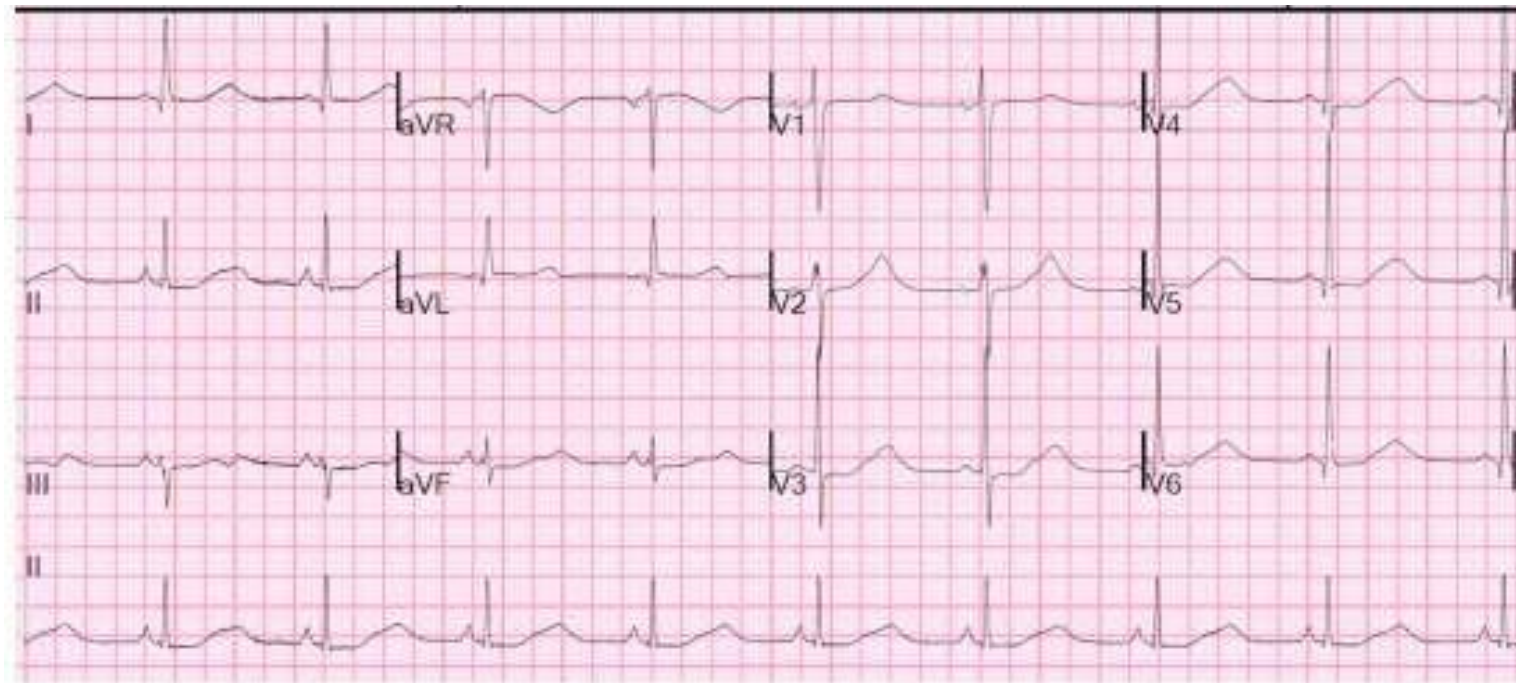
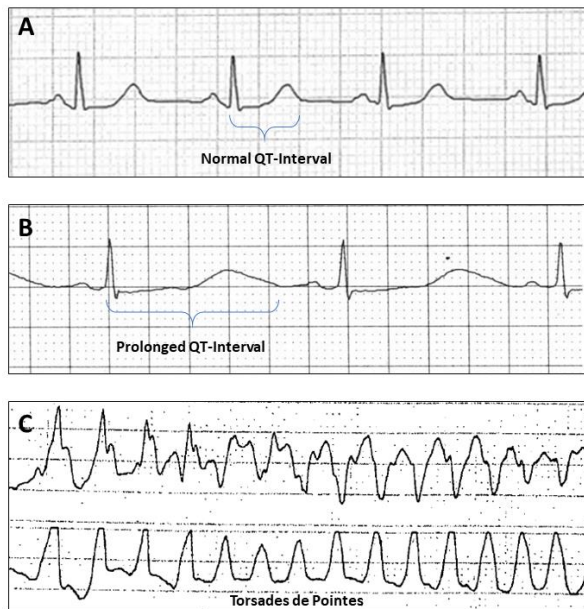
Complications somatiques majeures : *cardiovasculaires*

- Myocarde = muscle catabolisé
 - Diminution masse ventriculaire
 - Bas débit chronique
 - Baisse de la contractilité (↓ VE)
- Bradycardie adaptative → risque rythmique
 - Sinusale : très fréquente (souvent asymptomatique)
 - Mécanisme : hypométabolisme + tonus vagal
 - Bien tolérée... jusqu'à un seuil
 - Risque ↑ si K↓, Pi↓, QT↑
- Vulnérabilité rythmique : cause principale de mortalité somatique ; mort subite possible
- QTc souvent allongé
 - Marqueur majeur du risque rythmique (<500ms)
 - Mécanismes multiples
 - Altérations myocardiques, troubles électrolytiques, tx
 - Facteurs aggravants : K, Mg bas ; médicaments (ISRS, neuroleptiques) ; renutrition

Seuils importants

- FC <50/min : **fréquent**
- FC <40/min : **critère de gravité**
- FC <35/min : **urgence médicale**

Rhythm Strips of Normal and Prolonged QT-Interval and Torsades de Pointes



- Rythme sinusal lent
- QTc allongé (>500 ms)
- Ondes T aplaties
- Ondes U possibles

Troubles du Comportement Alimentaire Anorexie _ Boulimie

Complications somatiques majeures : *troubles électrolytiques*

Hypokaliémie

- Vomissements, laxatifs
- 1ere cause de décompensation
- Alcalose métabolique
- Risque rythmique aigu

Seuils

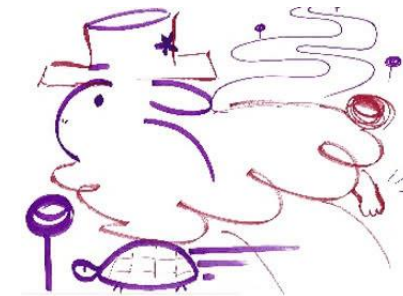
- K < 3.0 mmol/L : inquiétant
- K < 2.5 mmol/L : **urgence vitale**

Hypophosphatémie

- Déplétion intracellulaire en Pi
- Déclenchée par la renutrition
- Atteinte : myocardique, respiratoire, neurologique

Hypoglycémies

- Déplétion glycogénique
- Tolérance relative aux glycémies basses
- Risque neurologique



Troubles du Comportement Alimentaire Anorexie _ Boulimie

Complications somatiques majeures

Rénales

- Déshydratation chronique
- IRA fonctionnelle fréquente
- Créatinine basse ou normale trompeuse
 - Perte majeure de MM
 - DFG (systématiquement) surestimé
 - **Variation de la créatinine !**
 - **Cystatine C** : indépendante de la MM

Pulmonaires

- Pneumopathies d'aspiration
- Pneumomédiastin, pneumothorax
 - Dyspnée, douleur thoracique ou emphysème sous-cutané

Hématologiques

- Leucopénie
- Infections atypiques

Hépatiques

- Cytolyses

Osseuses

- Ostéopénie / ostéoporose

Troubles du Comportement Alimentaire Anorexie _ Boulimie

Complications somatiques : *carence en micronutriments – la norme*

Physiopathologie

- **Restriction qualitative** (éviction des graisses, viandes, produits laitiers, fruits)
- **Vomissements / laxatifs / diurétiques** : pertes digestives et rénales
- **Malabsorption fonctionnelle** (hypochlorhydrie, ralentissement digestif)
- **Inflammation chronique + stress** : redistribution intracellulaire
- **Refeeding** → aggravation transitoire par “shift intracellulaire”
- **IMC normal ≠ absence de carences**
- **Albumine normale n'exclut rien**
- **Supplémenter empiriquement** (B1, Mg, vit D) est souvent **plus sûr que d'attendre**
- **Phosphate, K^+ , Mg^{2+} = priorité ECG / sécurité**
- **Bilan à répéter**

IMC, albumine, ferritine peuvent être normaux malgré des carences sévères

Troubles du Comportement Alimentaire Anorexie _ Boulimie

Complications somatiques : *carence en micronutriments – la norme*

Micronutriment	Mécanisme TCA	Manifestations clés	Attention
Phosphate	Refeeding, insuline	Fatigue, dyspnée, rhabdomyolyse	Urgence potentielle
Magnésium	Vomissements, laxatifs	QT long, crampes, anxiété	Sous-diagnostiqué
Potassium	Vomissements, laxatifs, diurétique	Arythmies, faiblesse	BN ++
Thiamine (B1)	Restriction, renutrition	Confusion, neuropathie	Supplémenter avant renutrition
Vitamine B12	Restriction animale	Anémie, troubles neuro	Peut être isolée
Folates	Apports végétaux ↓	Anémie macrocytaire	Add B12 si substitution folate
Fer	Apports ↓, règles	Fatigue, chute cheveux	Ferritine parfois trompeuse
<u>Zinc</u>	Restriction, pertes digestives	Dysgueusie, retard pondéral	<u>Freine la renutrition</u>
Vitamine D	Évitement graisses	Ostéopénie, myalgies	Quasi constante, supplm large
Calcium	Apports ↓	Crampes, risque osseux	Corriger + vitD
Sélénium	Restriction	Cardiomyopathie rare	À connaître

Troubles du Comportement Alimentaire Anorexie _ Boulimie

La renutrition et le syndrome de renutrition inappropriée

Complication potentiellement fatale de la réalimentation

- Liée à une transition métabolique brutale
- Survient surtout en milieu hospitalier, mais le **risque est déterminé en ambulatoire : critères de NICE**

Tableau 2. Maladies ou situations cliniques à risque d’entraîner un syndrome de renutrition inappropriée ^{3,5,8,11}		
Maladies psychiatriques • Troubles alimentaires psychiatriques (par exemple: anorexie mentale) • Alcoolisme chronique • Dépression chez la personne âgée	Troubles métaboliques • Diabète mal contrôlé • Hémodialyse • Situation de stress métabolique	
Malabsorption • Dénutrition type kwashiorkor ou marasme • Jeûne prolongé (grève de la faim, patient non alimenté) • Vomissements prolongés • Dysphagie et trouble de la motilité œsophagienne • Maladie inflammatoire chronique de l'intestin • Syndrome de l'intestin court • Fibrose kystique • Pancréatite chronique • Chirurgie bariatrique • Perte de poids rapide chez la personne avec obésité morbide	Comorbidités chroniques avec dénutrition associée • Néoplasie, chimiothérapie et radiothérapie • Insuffisance respiratoire • Bronchopneumopathie chronique obstructive • Insuffisance cardiaque • Cirrhose hépatique • Séquelle d'accident vasculaire cérébral • Syndrome d'immunodéficience acquise	
	Autres • Isolement social • Jeunes enfants ou personnes âgées • Institutionnalisation	

Tableau 1. Facteurs de risque pour le syndrome de renutrition inappropriée selon NICE ¹⁰
Critères majeurs (un ou plusieurs)
Critères majeurs (un ou plusieurs) • Index de masse corporelle < 16 Kg/m² • Perte pondérale involontaire: > 15% en 3-6 mois • Aucune ingesta ou ingesta limitées pendant > 10 jours • Hypophosphatémie ou hypokaliémie ou hypomagnésémie avant la renutrition
Critères mineurs (deux ou plusieurs) • Index de masse corporelle entre 16 et 18,5 kg/m² • Perte pondérale involontaire: > 10% en 3-6 mois • Aucune ingesta ou ingesta limitées pendant > 5 jours • Histoire d'abus d'alcool ou médicaments (insuline, chimiothérapie, antiacide, diurétiques)

Gentile S, Schneider S, Pralong F, et al. Syndrome de renutrition inappropriée : aspects pratiques. Revue Médicale Suisse. 2015;11(490):2034–2038.

Troubles du Comportement Alimentaire Anorexie _ Boulimie

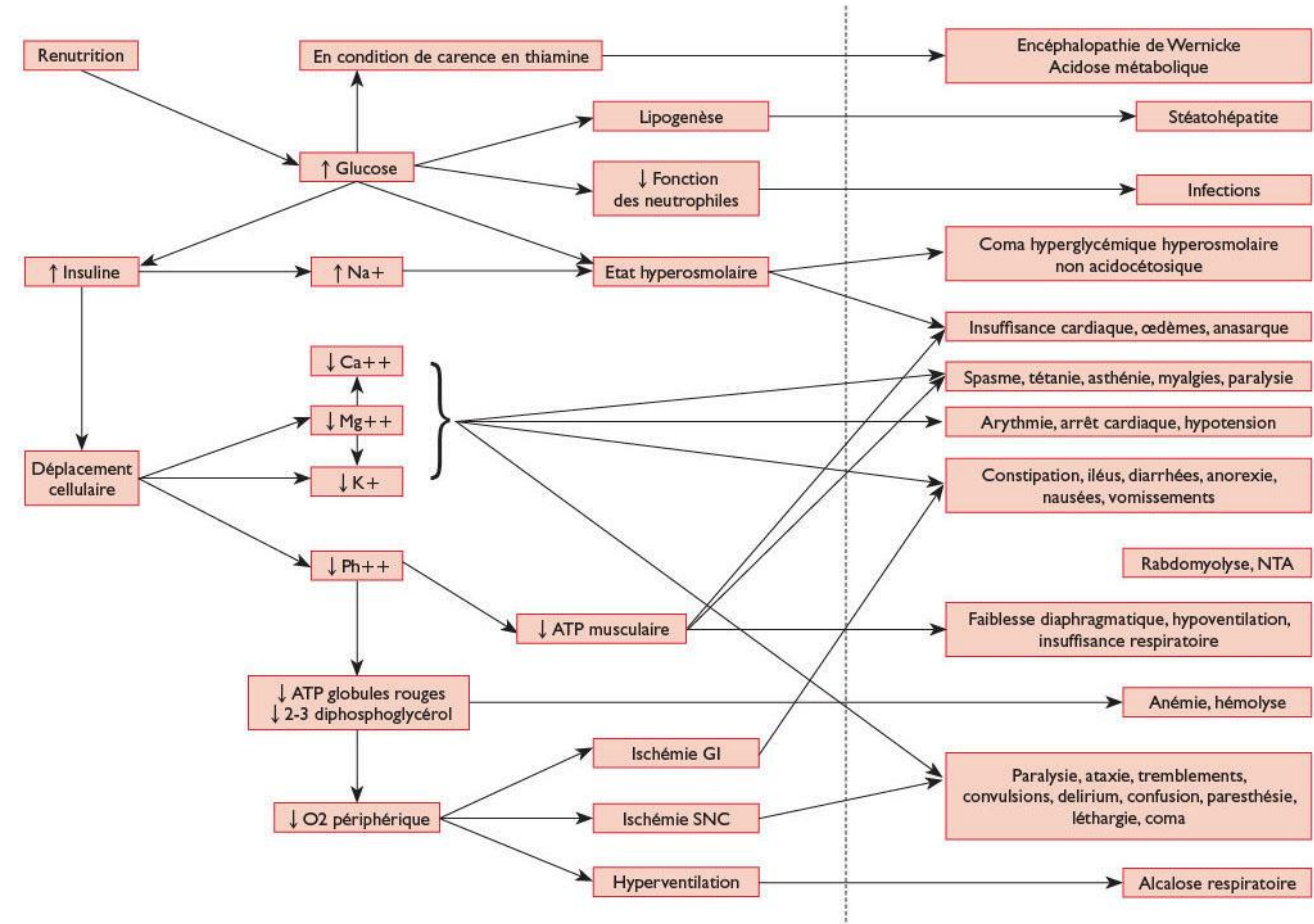
SRI : *Physiopathologie : pourquoi le corps décompense*

Avant la renutrition (jeûne prolongé)

- Insuline basse
- Utilisation lipides / protéines
- Déplétion **intracellulaire** :
 - Phosphate / Potassium / Magnésium
- Adaptation cardiovasculaire fragile

Après réalimentation glucidique

- Pic insulinique brutal
- Entrée massive intracellulaire de :
 - Phosphate / K^+ / Mg^{2+}
- ↑ synthèse ATP → consommation accélérée de phosphate
- Rétention hydrosodée



Gentile S, Schneider S, Pralong F, et al. Syndrome de renutrition inappropriée : aspects pratiques. Revue Médicale Suisse. 2015;11(490):2034–2038.

Déséquilibre brutal entre besoins et réserves

Troubles du Comportement Alimentaire Anorexie _ Boulimie

SRI : Manifestations cliniques : ce qui tue

Cardiaques (principales causes de décès)

- Arythmies malignes, allongement QT, défaillance cardiaque aiguë (myocarde catabolisé)

Respiratoires

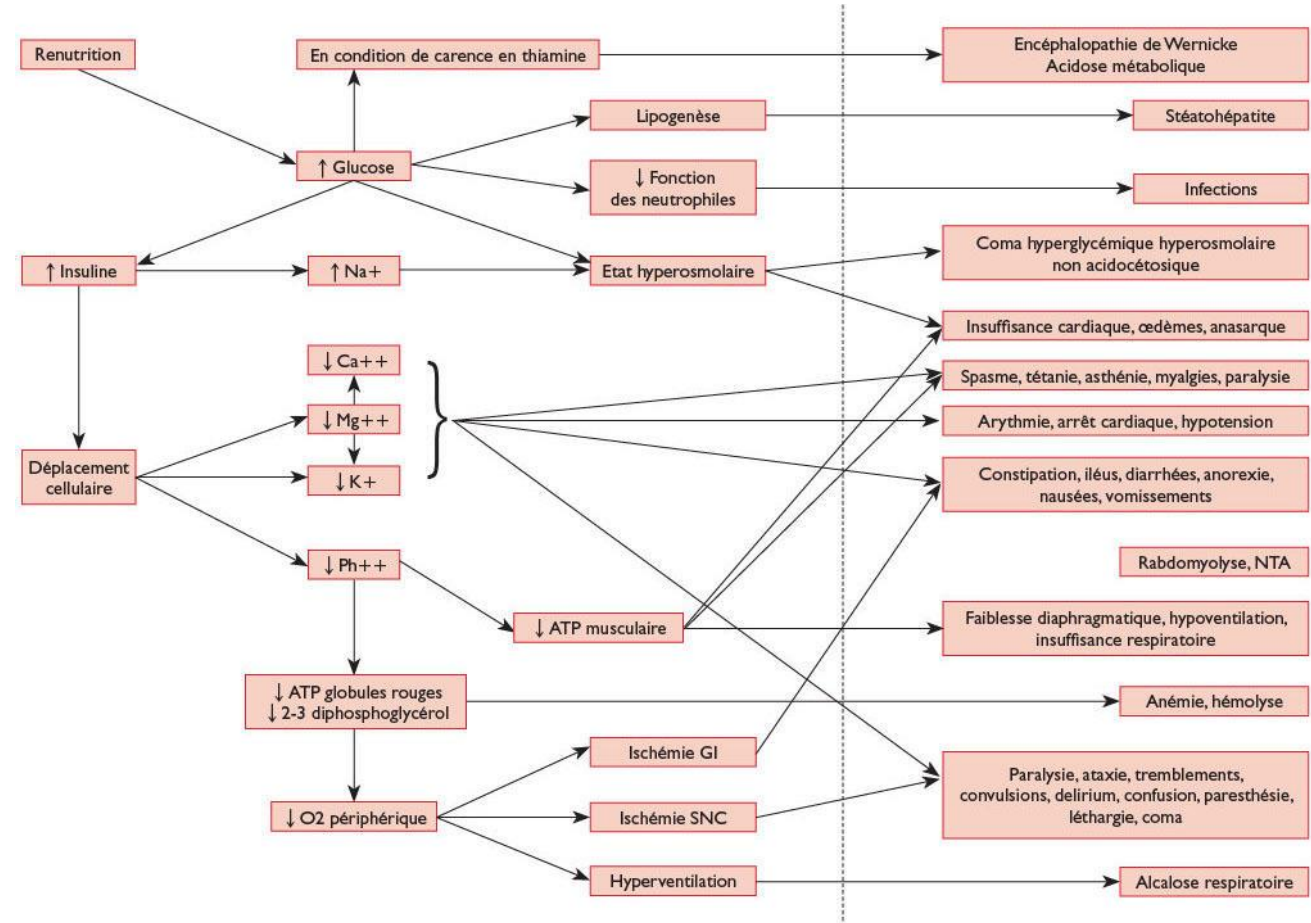
- Faiblesse diaphragmatique, insuffisance respiratoire aiguë

Neurologiques

- Confusion, crises d'épilepsie, coma

Biologie clé

- Hypophosphatémie (centrale)
- Hypokaliémie
- Hypomagnésémie
- Rétention hydrosodée / œdèmes



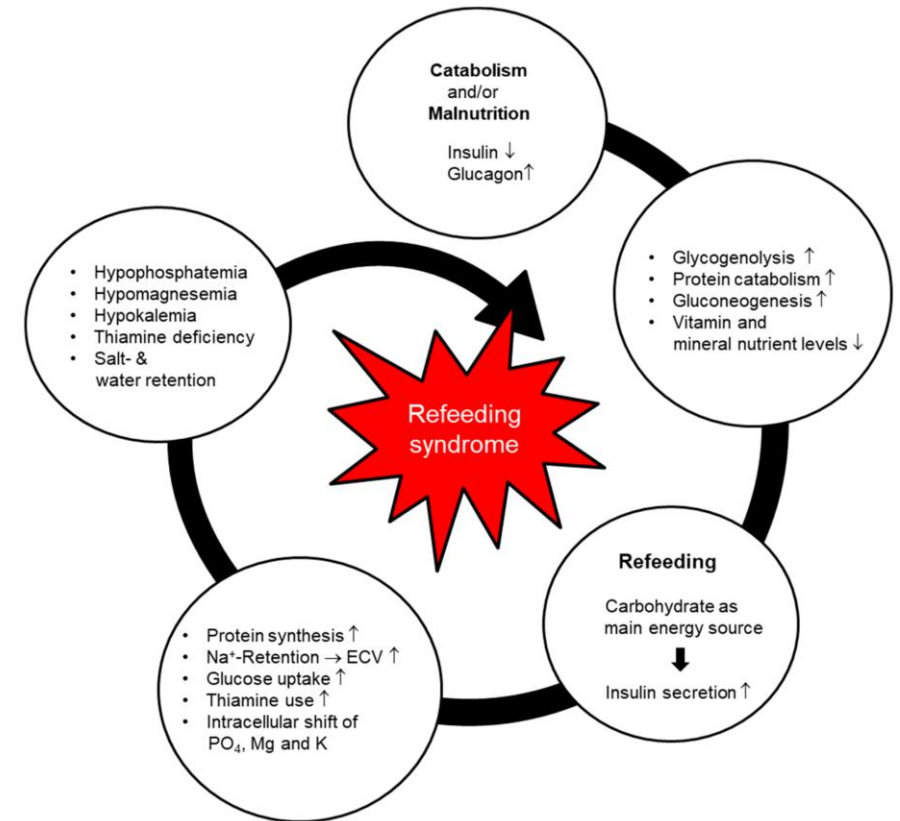
Gentile S, Schneider S, Pralong F, et al. Syndrome de renutrition inappropriée : aspects pratiques. *Revue Médicale Suisse*. 2015;11(490):2034–2038.

Troubles du Comportement Alimentaire Anorexie _ Boulimie

SRI : *Rôle du médecin interniste de première ligne*

- **Facteurs de risque majeurs**
 - IMC bas **ou** perte pondérale rapide
 - Apports très faibles depuis >5–7 jours
 - Carences multiples
 - AN atypique (IMC normal ≠ sécurité)
 - Hypophosphatémie, hypoK, hypoMg préexistantes
- **Messages pratiques pour l'ambulatoire**
 - Identifier le **risque avant de réalimenter**
 - Supplémenter **avant et pendant** (B1, Mg, Pi)
 - Ne jamais banaliser une hypophosphatémie
 - Surveillance rapprochée ou hospitalisation si doute

Le syndrome de renutrition se prévient mieux qu'il ne se trait



Prise en charge somatique des Troubles du Comportement Alimentaire

Difficultés fréquentes : *refus de pesée*

Refus de pesée

- Peur intense de la prise de poids ; perte de contrôle vécue comme une menace
- Le poids devient un objet anxiogène majeur

Acceptation du suivi médical seul

- Somatique perçu comme neutre / technique / non intrusif
- Psychologique / diététique vécu comme une tentative de changement

Dissimulation / falsification

- Comportement **fréquent**, non corrélé à la “gravité morale” mais à la **sévérité du trouble**
 - La dissimulation augmente avec la chronicité

Ce qu’il faut faire

- Nommer les choses **sans accusation**
- Poser un **cadre médical clair**
- Répéter calmement les limites

Ce qu’il faut éviter

- Le rapport de force
- La négociation permanente
- La collusion involontaire avec la maladie

**Ce ne sont pas des “mauvais patients”
ce sont des comportements centraux
de la maladie**

- **Physiopathologie /
psychopathologie des TCA**
- **A intégrer dans l’évaluation
médicale de la gravité**

“Je comprends que la pesée soit difficile pour vous. Mais médicalement, je ne peux pas assurer votre sécurité sans cet élément.”

“Je respecte votre refus du suivi psychologique pour l’instant, mais je dois être clair : sur le plan médical, un suivi uniquement somatique a des limites.”

Prise en charge somatique des Troubles du Comportement Alimentaire

Difficultés fréquentes : *refus d'hospitalisation*

Raisonnement médical :

- L'hospitalisation est indiquée **sur critères somatiques objectifs** ; le refus n'annule **pas** la gravité ; notre responsabilité est d'assurer la **sécurité vitale** ; le consentement est souhaitable, **pas indispensable** en cas de danger

Formulation possible :

- « Je comprends que l'idée d'une hospitalisation soit difficile pour vous mais aujourd'hui, ce n'est pas une question de volonté ou de motivation. Il y a des **éléments médicaux objectifs** — votre fréquence cardiaque, votre ECG, votre bilan — qui montrent un **risque vital réel**. En tant que médecin, ma responsabilité est d'assurer votre sécurité. Je ne vous hospitalise pas parce que vous allez mal psychologiquement, mais parce que **votre corps est en danger**. Si je ne vous proposais pas une hospitalisation dans cette situation, je ne ferais pas correctement mon travail de médecin. »

Points médico-légaux clés

- Décision basée sur signes vitaux / ECG / biologie
- Tracer les critères / le refus / l'information donnée
- En cas de danger immédiat → hospitalisation non consentie possible

A éviter

- Argumenter sur la motivation ou le poids
- Négocier le risque vital
- Reporter « pour voir »
- Se laisser convaincre par l'apparente stabilité

Prise en charge somatique des Troubles du Comportement Alimentaire

Difficultés fréquentes : *déni du risque par le patient*

Raisonnement médical :

- Le déni est un symptôme de la maladie ; **l'évaluation du risque n'est pas subjective** ; le **danger/risque peut être présent sans symptômes**

Formulation possible :

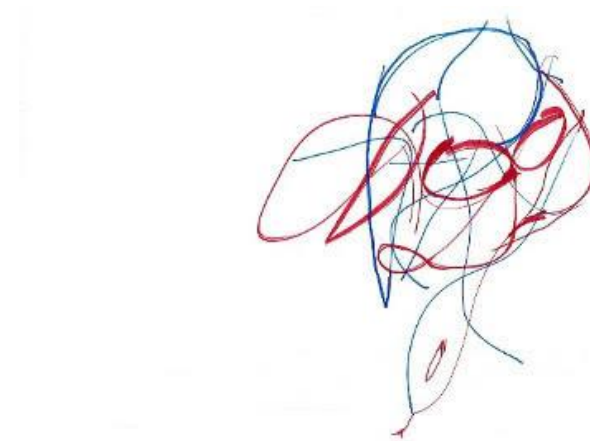
- « Je crois que c'est très important qu'on fasse la différence entre ce que vous ressentez et ce que montrent les données médicales. Beaucoup de patients dans votre situation se sentent relativement bien, parce que le corps s'est adapté. Le problème, c'est que cette adaptation est fragile. Ce que montrent votre ECG et vos analyses, ce n'est pas une opinion, ce sont des mesures objectives. Mon rôle n'est pas de juger ce que vous ressentez, mais de prévenir une décompensation qui peut être brutale et grave. »

Points médico-légaux clés

- Appuy sur des données objectivables
- Le déni est reconnu dans les TCA
- **Absence de plainte ≠ absence de danger**

A éviter

- Dire « vous ne vous rendez pas compte »
- Entrer dans un débat émotionnel
- Chercher à convaincre par la peur
- Minimiser pour préserver l'alliance



Prise en charge somatique des Troubles du Comportement Alimentaire

Difficultés fréquentes : *conflit patient - médecin*

Patient en colère, qui se sent contraint, incompris ou «puni»

Raisonnement médical :

- Le conflit est **fréquent et attendu** ; il ne signe pas un échec thérapeutique ; **le cadre médical protège la relation**

Formulation possible :

- « Je vois que cette situation vous met en colère, et je l'entends. Mais je voudrais être très clair sur un point : je ne suis pas en train de vous punir, ni de vous contrôler. Mon rôle est le même que pour n'importe quelle autre maladie grave : assurer votre sécurité. Nous pouvons être en désaccord, mais je ne peux pas transiger sur ce qui met votre vie en danger. Ce cadre médical est justement là pour protéger notre relation, pas pour l'abîmer. »

Points médico-légaux clés

- **Cadre clair = protection du soignant**
- Décision non émotionnelle
- Tracer le conflit et la décision rationnelle

A éviter

- Se justifier excessivement
- Céder pour apaiser la tension
- Entrer dans une lutte de pouvoir
- Rompre brutalement l'alliance

Prise en charge somatique des Troubles du Comportement Alimentaire

Difficultés fréquentes : *«mais il n'est pas si maigre», peur de faire trop*

Patient, entourage ou collègue minimise le risque sur la base du poids

- Le poids n'est pas un critère de sécurité médicale. Ce sont la trajectoire pondérale, les signes vitaux, l'ECG et la biologie qui déterminent le risque.

Le poids n'est pas un critère de sécurité.

Crainte d'hospitaliser inutilement ou de sur-réagir

- Dans les TCA, le risque n'est pas d'hospitaliser trop tôt. Le risque, c'est d'attendre trop longtemps.

Situations difficiles : rester médecin

- Refus ≠ absence de gravité
- Dénî = symptôme (n'annule pas le risque)
- Conflit ≠ erreur médicale
- Cadre clair = protection (du patient et de la responsabilité médicale)

Prise en charge somatique des Troubles du Comportement Alimentaire

En résumé

1. Première ligne de prise en charge des TCA en ambulatoire : médecine interne générale

Les TCA (anorexie mentale, boulimie, hyperphagie boulimique) nécessitent une **prise en charge précoce et coordonnée**. Les personnes souffrant de TCA ont significativement plus de problèmes psychiques concomitants que les personnes sans TCA et une qualité de vie réduite. L'anorexie a un taux de mortalité le plus élevé de toutes les maladies psychiatriques confondues. **L'évaluation et la prise en charge précoces des TCA améliorent le pronostic, avec risque diminué de chronicité et de complications somatiques, psychologiques et sociales.** Les médecins traitants sont le pilier central de la prise en charge de ces patients, assurant un suivi régulier et une coordination avec les spécialistes lorsque nécessaire.

1. **Proposition de prise en charge des TCA chez les adultes en ambulatoire avec but** de guider le médecin de médecine interne générale dans l'évaluation somatique et le suivi ambulatoire, et à définir les critères d'orientation vers la consultation spécialisée ; les critères somatiques qui doivent motiver une évaluation au service des Urgences / organisation d'une hospitalisation élective/semi-élective sont aussi détaillés. Cette approche permet une prise en charge graduée et coordonnée des patients atteints de TCA, en assurant que chacun bénéficie de l'intervention adaptée à son niveau de risque et d'urgence. La collaboration étroite avec l'équipe multidisciplinaire du CNP permet d'optimiser la gestion de ces patients.
2. **Objectifs du suivi en première ligne : assurer un suivi régulier, stabilisation pondérale, correction des carences en micronutriments, identification et prise en charge des complications plus fréquentes des TCA**
3. **Suivi somatique intégré dans le suivi au sein de la consultation spécialisée de Troubles du comportement alimentaire du CNP – RHNe** (programme TCA coordonné entre la psychiatrie adulte et la pédopsychiatrie, contact secrétariat ambulatoire 032 755 24 11, courriel psp.tca@cnp.ch).
4. **Fréquence de la surveillance somatique, clinique et biologique, à moduler** selon sévérité initiale (IMC, présence de complications), stabilité clinique du patient, ressources disponibles et collaboration du patient
 - **Phase aiguë** d'anorexie mentale ou de déstabilisation boulimique : hebdomadaire à bi-mensuel puis mensuelle
 - TCA chronique stable : réévaluation clinique et biologique complète au minimum une fois par an.

Prise en charge somatique des Troubles du Comportement Alimentaire

En résumé

Anamnèse

Antécédents médicaux et familiaux TCA, troubles psychiatriques, endocriniens, digestifs

Histoire pondérale, niveau d'introspection par rapport au TCA

Habitudes alimentaires Structure des repas (horaires, durée), quantité approximative, hydratation

Comportements liés au TCA Restriction alimentaire, crises de boulimie, vomissements provoqués, laxatifs/diurétiques ; hyperactivité physique, obsession de la minceur, distorsion de l'image corporelle

Symptômes secondaires au TCA Malaises, épisodes de perte de connaissance, palpitations, risque accru d'infections, asthénie, douleurs osseuses, épigastalgies, reflux gastro-œsophagien, constipation

Anamnèse gynécologique Aménorrhée, irrégularités menstruelles, contraception ; baisse de libido, dysfonction érectile chez l'homme

Status

Poids, taille, IMC

Constantes vitales FC (bradycardie), TA (couché/debout pour hypotension orthostatique), T°

Apparence générale Aspect émacié, joues creusées, teint cireux

Peau Peau sèche, lanugo, cheveux cassants, ongles fragiles, hypercaroténémie, hémorragies sous-conjonctivales, atrophie mammaire

Tête et cou Yeux enfoncés, lèvres sèches, gingivite, perte de l'émail dentaire, caries dentaires, parotidite

Cardiovasculaire Prolapsus de la valve mitrale (avec clic ou souffle), arythmies

Abdomen Abdomen scaphoïde, amas de selles/corde colique palpable, sensibilité épigastrique

Extrémités Œdème, callosités sur le dos de la main (signe de Russell), acrocyanose, phénomène de Raynaud

Neuromusculaire Signe de Trousseau, diminution des réflexes ostéotendineux

Neuropsychiatrique Fatigue, troubles cognitifs/concentration/mémoire, anxiété/dépression, affect plat

Prise en charge somatique des Troubles du Comportement Alimentaire

En résumé

Examens complémentaires
Formule sanguine complète, CRP
Fonction rénale (considérer clairance de la cystatine C), électrolytes (Na ⁺ , K ⁺ , Cl ⁻ , HCO ₃ ⁻ , Ca ⁺⁺ , Mg ⁺⁺ , Pi), osmolalité, CK totaux
Bilan hépatique (bilirubine totale et directe, ASAT/ALAT, GGT/phosphatase alcaline)
TSH, T4 libre
Ferritine, vitamine B12, folates
Vitamine D, PTH
Glycémie, HbA1c, bilan lipidique
Vitamine A/B1/B2/B6/E ; Zinc, cuivre, sélénium (si ingesta très bas et risque carence en micronutriments)
Gastroscopie (si vomissements itératifs)
Adresser en consultation de Gynécologie (si aménorrhée > 6 mois)
Ostéodensitométrie (si hyperparathyroïdie, aménorrhée > 6 mois, hypogonadisme chez l'homme)
ECG (bradycardie, QT long)

Prise en charge somatique des Troubles du Comportement Alimentaire

En résumé

2. Deuxième ligne de prise en charge des TCA en ambulatoire : **consultation spécialisée RHNe – CNP**

2.1. Objectif du suivi en deuxième ligne : approfondir l'évaluation endocrinologique et métabolique chez les patients présentant des anomalies persistantes ou des signes cliniques spécifiques, et optimiser la prise en charge thérapeutique.

2.2. **Dre Claudia Rocha, Cabinet médical du Bas-Lac (Marin-öpagner), en collaboration avec le CNP, soutien service d'Endocrinologie RHNe** (contact secrétariat +41 32 520 12 90).

2.3. Inclure systématiquement dans l'information fournie : Coordonnées et contact du patient / Anamnèse, examen clinique et examens complémentaires / Historique d'hospitalisations antérieures et traitement en cours détaillé / Question spécifique (ex : interprétation d'anomalies biologiques concernant les bilans hormonaux de base, précisions sur des supplémentations en micronutriments spécifiques) et/ou objectif de la prise en charge

2.4. Quand ne pas orienter immédiatement en consultation spécialisée : absence de signes d'alerte majeurs et si les bilans restent stables ou corrigibles en ambulatoire, le suivi peut être poursuivi par le médecin traitant en coordination avec l'équipe multidisciplinaire spécialisée du CNP (nutrition, psychologie, etc.).

2.5. Possibilités selon la demande : consilium par écrit directement au médecin demandeur (sans contact avec le patient) ; demande de précisions concernant l'anamnèse, examen clinique et examens complémentaires de base ; proposition de réalisation d'investigations supplémentaires ; convocation du patient en consultation présenteielle.

Consultation spécialisée TCA avec complications somatiques
BMI < 16kg/m2 ou perte de poids rapide (10-30% sur 3 mois)
Dysfonctionnement <u>thyroïdien</u> avec T4 hors norme
Déséquilibres électrolytiques (hypokaliémie, hypophosphatémie) qui ne se corrigent pas avec le suivi ambulatoire
Ostéopénie/ostéoporose
Modification anormale de l'ECG (allongement du QT, arythmies), malaises type orthostatiques à répétition malgré hydratation optimale
Gestion du syndrome de réalimentation dans cadre de <u>renutrition</u> élective en ambulatoire
Echec du suivi ambulatoire après 6 mois (sans que le patient développe des critères d'urgence)

Prise en charge somatique des Troubles du Comportement Alimentaire

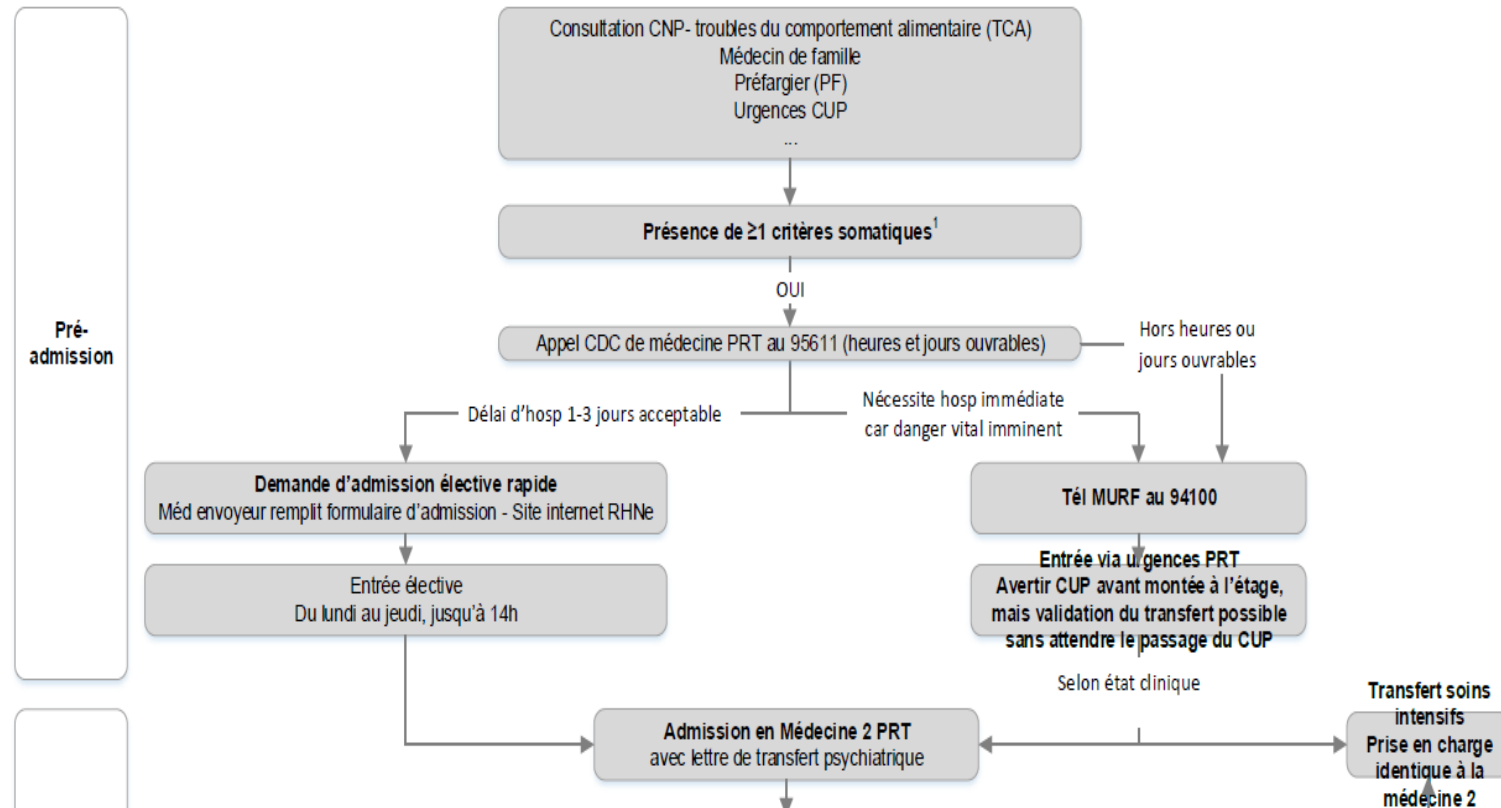
En résumé

3. Indication à une prise en charge aux Urgences / hospitalisation

3.1. Un protocole de **Prise en charge des patients anorexiques, de >16 ans, décompensés sur le plan somatique**, est appliqué au RHNE depuis 08.2024.

La présence de un ou plus des **critères somatiques d'urgence** suivants constitue une indication à l'engagement de cette procédure :

- **Anamnèse** : aphagie totale ou refus de boire, malaises/pertes de connaissance, vomissements incoercibles, échec de la renutrition ambulatoire
- **Poids** : BMI <13kg/m² ou perte de poids rapide (>5kg/mois, >1kg/semaine, 30% poids en 3mois)
- **Bradycardie sinusale** <40/min, anomalies ECG (QTc >0.5, troubles du rythme autre que bradycardie sinusale))
- **TA** <80/50mmHg
- **Hypothermie** <35°C
- **Troubles de la conscience**
- **Signes de déshydratation marqués, signes anasarque**
- **Anomalies biologiques** : K <2.5mmol/l, phosphore <0.5mmol/l, Na >150mmol/l ou <125mmol/l, hypoglycémie répétée et <2.5mmol/l, cytolyse hépatique >10xN, fonction rénale DFG, Lc <1G/l



Prise en charge somatique des Troubles du Comportement Alimentaire

Messages clé

Les TCA sont des **maladies somatiques graves**, multisystémiques

- Vous êtes en première ligne de la détection et sécurité

IMC ≠ critère de sécurité médicale

La bradycardie et le QT long sont des **signaux d'alarme**, pas des curiosités

La renutrition est un **acte médical à risquemême chez un patient « stable »**

Le syndrome de renutrition est prévisible et évitable

Hospitaliser, c'est protéger : décision médicale légitime

- Dans les TCA, **le risque est d'attendre trop longtemps**, pas d'agir trop tôt

Prise en charge somatique des Troubles du Comportement Alimentaire

Références

Guidelines et classifications

- APA. Practice Guideline for the Treatment of Patients With Eating Disorders. 2023.
- DSM-5-TR. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.
- CIM-11 (ICD-11). Organisation mondiale de la Santé.
- NICE. Eating Disorders: Recognition and Treatment.

Complications somatiques

- *Journal of Eating Disorders*. 2023.
 - Cardiovascular complications
 - Renal and electrolyte complications
 - Pulmonary complications
- UpToDate®. Medical complications of eating disorders.
- UpToDate®. Anorexia nervosa: Medical complications.

Jeûne et renutrition

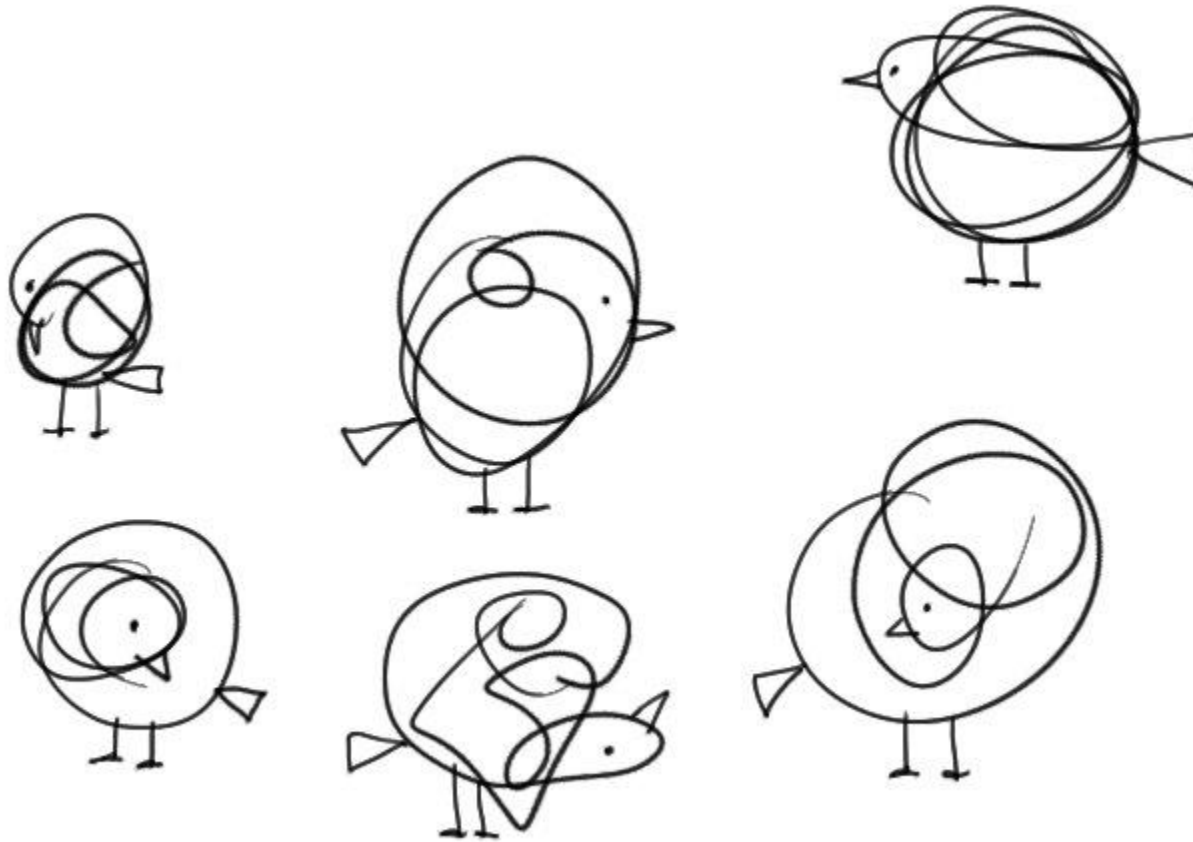
- Mehanna HM et al. *Refeeding syndrome*. BMJ. 2008.
- ASPEN. *Consensus Recommendations for Refeeding Syndrome*.
- Cahill GF. *Starvation in man*. N Engl J Med.
- *Low T3 syndrome in starvation*. Endocrine Reviews.

Références suisses

- Gentile S, Schneider S, Pralong F, et al. *Syndrome de renutrition inappropriée : aspects pratiques*. Revue Médicale Suisse. 2015;11(490):2034–2038.
- *Revue Médicale Suisse*. Troubles du comportement alimentaire : articles de synthèse et mises à jour suisses. 2011 ; 2019.
- Zeanandin G. *Comment identifier un trouble du comportement alimentaire en consultation* ? FMC HGE – POST'U. 2024.

Pronostic, éthique, concepts transversaux

- Arcelus J et al. *Mortality rates in patients with anorexia nervosa*. Arch Gen Psychiatry. 2011.
- Treasure J et al. *Eating Disorders*. Lancet. 2010–2020.
- AMA Journal of Ethics. 2023. *Overreliance on BMI*.



Questions ?

RHNe

**Réseau
Hospitalier
Neuchâtelois**

Prise en charge somatique des Troubles du Comportement Alimentaire

Focus ambulatoire

08.01.2026

Dre Monica Pinto, médecin CDC adjoint

Service d'Endocrinologie et Diabétologie RHNe

Merci

