

RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Boulimie et hyperphagie boulimique

Urgences et troubles du comportement alimentaire

Fiche outil 8

Juin 2019

Il existe trois grands types de troubles du comportement alimentaire (TCA) :

- l'**anorexie mentale** (poids bas ou en baisse) ;
- la **boulimie** (poids dans la norme ou parfois élevé) ;
- l'**hyperphagie boulimique** (poids élevé ou en hausse).

Quel que soit le type de TCA, on peut retrouver une restriction calorique et/ou des crises de boulimie (ou crises d'hyperphagie) et/ou des conduites purgatives (souvent vomissements et/ou prise de laxatifs ou plus rarement prise de diurétiques).

EXAMENS AUX URGENCES

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

■ Examen clinique complet

- Mesure des constantes (pouls, PA, température, glycémie capillaire).
- Mesure du poids en sous-vêtements dans la mesure du possible, de la taille, calcul de l'IMC.
- Recherche des fluctuations pondérales récentes.
- Recherche d'œdèmes, d'escarres et de scarifications.

■ Examens paracliniques

- Électrocardiogramme.
- NFS, plaquettes, natrémie, kaliémie, chlorémie, phosphorémie, créatininémie, réserve alcaline, transaminases (ASAT, ALAT), TP, glycémie.

■ Examen psychiatrique

- Évaluer le risque suicidaire¹.
- Rechercher les comorbidités et évaluer l'urgence : trouble dépressif, trouble obsessionnel compulsif, troubles anxieux, troubles de la personnalité, addictions.
- Rechercher un « état de mal boulimique » qui est une urgence (incapacité à poursuivre les activités habituelles du fait de la grande fréquence des crises).
- Rechercher les comportements sexuels à risques.
- Évaluer le contexte sociofamilial.

URGENCE SOMATIQUE : COMMENCER LE TRAITEMENT AUX URGENCES

■ Si IMC ≤ 12, l'hospitalisation s'impose :

- repos au lit, réchauffement si hypothermie ;
- supplémentation initiale et systematique en micronutriments :
 - phosphore (per os ou IV),
 - polyvitamines + oligoéléments (per os ou IV).

■ Si ralentissement psychomoteur et/ou désordres hydro-électrolytiques :

- voie veineuse périphérique avec perfusion de sérum physiologique (à adapter en cas d'inflation hydrosodée importante) ;
- correction des anomalies hydro-électrolytiques.

■ Dans tous les cas ne JAMAIS apporter de soluté comportant du glucose par voie intraveineuse sauf hypoglycémie SYMPTOMATIQUE (et non simplement une glycémie basse, cf. infra)

- 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 à 20 kcal/kg/j les premiers jours. Les apports en micronutriments doivent être poursuivis.

■ Si prolongation du séjour aux urgences en cas de dénutrition sévère (IMC < 12) et/ou d'apports spontanés quasi nuls et/ou d'hypoglycémies symptomatiques

- Une nutrition entérale par sonde doit être débutée dans les 24 h (soluté isocalorique, isoprotidique 1ml = 1 kcal administré à débit continu, sur 24 h, par pompe, en commençant par 10 à 15 kcal/kg/j, environ 500 ml le premier jour).

■ Surveillance clinique et biologique régulière : conscience, PA, fréquence cardiaque, température, évolution des œdèmes, évaluation de la prise alimentaire et des apports hydriques.

■ Si vomissements répétés et/ou alcoolisme :

- dosage de la vitamine B1 ;
- complémentation sans attendre les résultats par voie intraveineuse 300 mg/j (3 ampoules de 100 mg de Bévitine).

■ La décision d'hospitalisation en urgence peut être posée, même en l'absence d'anomalie biologique, sur l'ensemble des critères somatiques et/ou psychiatriques et/ou sociofamiliaux et pas seulement sur un critère de poids².

1. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge :

www.has-sante.fr/portail/jcms/c_271964/fr/la-crise-suicidaire-reconnaitre-et-prendre-en-charge

Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres et médecins scolaires : www.has-sante.fr/portail/jcms/c_451142/fr/propositions-portant-sur-le-depistage-individuel-chez-l-enfant-de-7-a-18-ans-destinees-aux-medecins-generalistes-pediatres-et-medecins-scolaires

Épisode dépressif caractérisé de l'adulte – prise en charge en premier recours :

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1739917/fr/episode-depressif-caracterise-de-l-adulte-prise-en-charge-en-premier-recours

2. www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-09/fs_anorexie_3_cdp_300910.pdf

PRÉVENTION ET TRAITEMENT DE L'HYPOPHOSPHORÉMIE

- En cas de dénutrition, une hypophosphorémie peut apparaître à l'initiation de la renutrition, nécessitant un traitement préventif et si besoin curatif.

Phosphorémie	Apports recommandés
0,6 à 1,2 mmol/l (normale)	0,5 mmol/kg/j <i>per os</i> 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

- 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. Une fois la phosphorémie normalisée, la reprise de la nutrition se fera en poursuivant la supplémentation phosphorée à la dose de 0,5 mmol/kg/j *per os*.

TRAITEMENT DE L'HYPOGLYCÉMIE

- Une surveillance régulière de la glycémie capillaire est recommandée chez les patients dénutris ou en aphagie depuis plusieurs jours.
- Devant tout malaise hypoglycémique ou devant une hypoglycémie asymptomatique < 0,6 g/l :
 - privilégier le resucrage *per os* en présence du personnel ;
 - en cas d'impossibilité de resucrage *per os* (incapacité ou refus du patient, troubles de conscience), resucrage par voie entérale ;
 - si voie entérale impossible (et seulement dans ce cas), injecter 1 ampoule de G10 % en IV qui sera obligatoirement suivie de la mise en place d'une perfusion de type glucosé à 5 % pour éviter les rebonds d'hypoglycémie et par une surveillance horaire de la glycémie capillaire ;
 - le glucagon est non recommandé car non efficace dans les cas de dénutrition.

TRAITEMENT DE L'HYPOKALIÉMIE

- Les hypokaliémies au cours des TCA sont le plus souvent secondaires à des vomissements, plus rarement à la prise (parfois cachée) de laxatifs ou de diurétiques.
- Compte tenu du risque cardiaque, il est impératif d'instaurer en urgence un traitement de substitution des hypokaliémies.
- Dans tous les cas une substitution associée en magnésium est à envisager.
- Prise en charge ultérieure : préconiser une surveillance biologique et prescrire une substitution orale en potassium pour compenser les conséquences des vomissements, en attendant la mise en place d'une prise en charge spécialisée. Bien préciser de prendre le traitement à distance des vomissements.

TRAITEMENT D'UNE HYPONATRÉMIE

- La cause la plus fréquente de l'hyponatrémie au cours des TCA est une intoxication à l'eau sur une potomanie (excès de prise hydrique). Plus rarement l'hyponatrémie est due à une prise occulte de diurétiques, les autres causes d'hyponatrémie doivent cependant être éliminées.
- Il faut aussi éliminer l'hyponatrémie d'origine iatrogène chez les patients sous antidépresseurs (notamment les IRS).
- Dans tous les cas lorsque l'hyponatrémie est < 125 mmol/l la correction doit être lente, inférieure à 0,5 mEq/h ou 10 mEq/24 h afin d'éviter la survenue de myélinolyse centropontine.
- Si potomanie : restriction hydrique avec surveillance des zones d'accès à l'eau et autres boissons.
- Si prise de diurétiques : recommander l'arrêt des diurétiques.

URGENCE PSYCHIATRIQUE : CONDUITE À TENIR

- Une hospitalisation doit être envisagée en cas de :
 - tentative de suicide ;
 - risque suicidaire moyen ou élevé³ ;
 - comorbidité psychiatrique aiguë et sévère (trouble dépressif, troubles obsessionnels compulsifs, troubles anxieux, trouble de la personnalité, addictions, etc.) ;
 - état de mal boulimique.
- La décision du lieu et du moment de l'hospitalisation sera prise après concertation entre l'équipe médicale et l'équipe psychiatrique.

IL NE FAUT PAS... IL FAUT PENSER À...

- **NE PAS :**
 - séparer systématiquement le patient de son entourage ;
 - forcer le patient à s'alimenter ;
 - perfuser avec du sérum glucosé ;
 - prescrire de neuroleptiques ou d'antidépresseurs dans l'urgence sans avis spécialisé (risque vital en cas de dénutrition majeure ou de trouble métabolique).
- **PENSER À :**
 - toujours privilégier la voie entérale si la nutrition artificielle est indiquée (jamais de nutrition parentérale) ;
 - surveiller les hypoglycémies post-stimulatives après les apports en glucides ;
 - contacter les référents médicaux et psychiatriques au plus vite si un suivi est en place ;
 - prendre rapidement contact avec le médecin traitant et un service référent TCA régional pour un avis et la suite de la prise en charge si le patient n'est pas suivi pour son TCA (voir site FFAB pour l'annuaire des services TCA en fin de fiche).

À LA SORTIE DES URGENCES VERS LE DOMICILE

- Alerter le patient et son entourage sur les risques des vomissements, de la prise de diurétiques et laxatifs, de l'excès de prise hydrique.
- Prescrire systématiquement du potassium si vomissements jusqu'à mise en place du suivi (à prendre à distance du vomissement, comme tout médicament).
- Prescrire une complémentation en phosphore, polyvitamines et oligoéléments en cas de dénutrition.
- Informer le médecin traitant : courrier à remettre au patient.
- Dans tous les cas, programmer une consultation ultérieure avec un médecin et/ou un psychiatre pour un suivi du TCA, et si possible avec une équipe spécialisée (annuaire FFAB).
- En cas de refus de soins, évaluer la nécessité de soins sous contrainte.

COMPLÉMENT D'INFORMATION POUR LES PROFESSIONNELS OU LES PATIENTS ET LEUR FAMILLE

- Documents d'information pour les patients et les familles et recommandations de bonne pratique pour les professionnels :
 - Anorexie mentale, prise en charge de l'anorexie. HAS 2010. www.has-sante.fr/portail/jcms/c_985715/fr
 - Boulimie et hyperphagie boulimique - Repérage et éléments généraux de prise en charge. HAS 2019. www.has-sante.fr
- Numéro vert Anorexie-Boulimie Info écoute 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
- Annuaire national des services TCA : site FFAB (ex-AFDAS-TCA) : www.ffab.fr



Ce document présente les points essentiels des recommandations de bonne pratique
« Boulimie et hyperphagie boulimique - Repérage et éléments généraux de prise en charge »
Méthode Recommandations pour la pratique clinique – Juin 2019.

Ces recommandations et l'argumentaire scientifique sont consultables dans leur intégralité sur www.has-sante.fr