

Troubles alimentaires

Les troubles du comportement alimentaire sont des problèmes biopsychosociaux complexes avec des séquelles médicales importantes et un taux de mortalité élevé. Ils touchent toutes les populations, sans égard à l'âge, l'origine ethnique, le sexe, l'orientation sexuelle, l'habitus corporel, et le statut socio-économique. À l'échelle mondiale, le nombre de cas diagnostiqués a augmenté ces dernières années.

- L'intervention précoce est associée à un meilleur pronostic. En pratique, cependant, la prise en charge des troubles alimentaires ainsi que les critères d'hospitalisation varient à travers le Canada.

Ce document concerne les complications médicales et psychiatriques aiguës des troubles du comportement alimentaire au Service de l'urgence. Parmi les patients consultant à l'urgence pour d'autres raisons, nombreux manifestent des troubles alimentaires non diagnostiqués.

Évaluation initiale

HISTOIRE

- **Troubles du comportement alimentaire** : caractériser le type et la fréquence des comportements (jeûnes, épisodes d'hyperphagie, purges, exercice excessif), quantifier l'apport quotidien actuel, déterminer les changements de poids et la durée des symptômes (perte de poids/prise de poids inadéquate en période de croissance, ou retard de croissance ou de puberté).
- **Symptômes/facteurs de risque pour l'hospitalisation** : voir le [Tableau 1](#) (page suivante).
- **État de santé mentale** : dépister le risque suicidaire et l'automutilation. Voir les [Recommandations TREKK – Risque suicidaire : Dépistage & évaluation](#).
- **Contexte social** : évaluer le contexte social et familial et déterminer les obstacles aux soins ambulatoires, l'impact sur les activités quotidiennes (absences scolaires, diminution des performances académiques, des activités, ou des contacts avec les proches).

EXAMEN PHYSIQUE

- Taille et poids (comparer aux précédents, si disponibles), [% de l'indice de masse corporelle \(IMC\) médian](#) (voir [Tableau 1](#)), ou % de perte de poids.
- Signes vitaux orthostatiques, le patient allongé sur le dos 3-5 min, ensuite debout après 3-5 min. Dans l'impossibilité du passage en position debout, prendre les mesures avec le patient assis, les pieds sur le côté de la civière.
- Température et état d'hydratation.
- Autres changements : lanugo, signes cutanés (ex. ulcérations, lésions), ecchymoses, perte de la masse musculaire, atteinte de la dentition, œdème des glandes salivaires, signes d'automutilation.

LA PRÉSENCE D'UN TROUBLE ALIMENTAIRE NE PEUT ÊTRE EXCLUE PAR L'HABITUS CORPOREL/IMC. UN PATIENT AVEC UN IMC NORMAL/ÉLEVÉ SELON L'ÂGE, POURRAIT TOUT DE MÊME ÊTRE COMPROMIS SUR LE PLAN MÉDICAL.

Prise en charge

Pour toute suspicion d'un trouble du comportement alimentaire, consulter un spécialiste local des troubles du comportement alimentaire (Médecine de l'adolescence, Clinique des troubles alimentaires, Centre de référence pédiatrique) pour un plan sur la prise en charge.

INVESTIGATIONS SUGGÉRÉES¹

Les résultats de laboratoire peuvent être dans la normale même en cas de malnutrition sévère. Les résultats normaux n'excluent pas la présence d'un trouble du comportement alimentaire.

- FSC/différentiel, électrolytes, calcium, magnésium, phosphate, urée, BUN/créatinine, glucose, albumine, phosphatase alcaline, amylase, AST, ALT, CRP. Si pas déjà fait, ajouter : TTG, IgA, TSH, analyse d'urine, β -hCG (si applicable).
- ECG à 12 dérivations : évaluer la fréquence et le rythme cardiaque et calculer QTc.

PRISE EN CHARGE DES COMPLICATIONS AIGÛES

Le patient avec un trouble alimentaire manifeste souvent une mauvaise perfusion et même de l'hypotension chronique. Si aucune suspicion de sepsis ou d'état mental altéré: PAS DE BOLUS IV.

- Hypoglycémie : corriger par voie orale (PO) ou nasogastrique (NG), avec substitut de repas (ex. Boost®).
- Hypotension : Évaluer la présence d'autres facteurs causals (ex. sepsis). Si l'hypotension est causée exclusivement par le trouble alimentaire, l'instabilité des signes vitaux se corrigera suite à la prise en charge du trouble alimentaire, avec le temps.

Tableau 1 : Indications d'hospitalisation pour jeunes avec un trouble du comportement alimentaire¹

Malnutrition sévère	<ul style="list-style-type: none"> – % de l'IMC médian* \leq 75 %, ou poids < 75 % de la cible de traitement (si connu) – Perte de poids sévère et/ou rapide entraînant une malnutrition modérée à sévère
Instabilité physiologique	<ul style="list-style-type: none"> – Bradycardie : FC < 50 bpm le jour, FC < 45 bpm la nuit – Hypotension : TA < 90/45 mm Hg – Hypothermie : température < 35,6°C – Hypotension orthostatique : augmentation de la FC de \geq 40 bpm et diminution posturale de la TA systolique de \geq 20 mm Hg ou diastolique de \geq 10 mm Hg
Déséquilibre liquidien et électrolytique	<ul style="list-style-type: none"> – Déshydratation sévère – Hypokaliémie, hyponatrémie, hypophosphatémie et/ou hypoglycémie
Anomalies de l'ECG	<ul style="list-style-type: none"> – Intervalle QTc prolongé > 450 ms – Arythmie
Complications médicales aiguës de la malnutrition et/ou des comportements d'hyperphagie/purges	<ul style="list-style-type: none"> – Syncope – Convulsions – Insuffisance cardiaque – Pancréatite
Troubles psychiatriques	<ul style="list-style-type: none"> – Urgences psychiatriques aiguës (ex. idées suicidaires, psychose aiguë)
Autres	<ul style="list-style-type: none"> – Refus alimentaire aiguë – Interruption de la croissance et du développement – Hyperphagie/purges excessive(s)
* Indice de masse corporelle (IMC) médian = 50 ^e centile de l'IMC pour l'âge et le sexe % de l'IMC médian = $(\text{IMC actuel} \div \text{IMC médian}) \times 100$	

Hospitalisation ou congé

- **Hospitalisation** : Voir le Tableau 1 pour les indications d'hospitalisation. En pratique, l'hospitalisation varie entre les sites et selon le patient et les facteurs sociaux. À discuter avec un spécialiste local des troubles du comportement alimentaire, le Service de pédiatrie, ou le Centre de référence pédiatrique.
- **Congé** : Si l'hospitalisation n'est pas nécessaire, établir un plan de suivi ambulatoire en consultation avec un spécialiste local des troubles du comportement alimentaire, le Service de pédiatrie, ou le Centre de référence pédiatrique.
- Consignes de départ : **Retour à l'urgence** si refus alimentaire complet > 24h, complications aiguës (ex. douleurs thoraciques, syncope, convulsions, état mental altéré, et/ou crainte d'automutilation/risque suicidaire).
- Ressources pour familles : [FEAST](#) (plusieurs langues); [ANEB](#) (français, anglais); CANPED : [Online Educational Tool for Parents/Caregivers of a Youth with an Eating Disorder](#) (anglais).

Scannez ou cliquez sur le code QR pour en savoir plus et pour voir la liste complète des références et des membres de l'équipe de développement



Avis de non-responsabilité : Le but du présent document est de fournir aux professionnels de la santé les faits et recommandations clés pour la prise en charge des troubles alimentaires chez l'enfant et l'adolescent au Service de l'urgence. Le réseau TREKK ne sera pas responsable des pertes, demandes d'indemnisation, dettes, coûts ou obligations liés à l'utilisation du présent document, y compris des pertes ou dommages découlant des réclamations d'une tierce partie. **CE DOCUMENT EST SUJET À L'AVIS COMPLET DE NON-RESPONSABILITÉ** : trekk.ca/fr/terms-of-use

Voir TREKK.ca pour plus de ressources sur les soins d'urgence pédiatrique

© AVRIL 2024, TREKK, VERSION 1.2. PROCHAINE RÉVISION : 2026.

TRADUCTION FRANÇAISE : DANIELLE BUCH, RÉDACTRICE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE.