



L'adolescente anorexique
«un défi passionnant et exaspérant »

Marianne Caflisch
Consultation pour Adolescents
Hôpital des Enfants de Genève

Poser le diagnostic

- ☉ Perte de poids
(Poids actuel < 85% du poids idéal)
- ☉ Peur intense de prendre du poids
ou de devenir gros
- ☉ Perturbation de l'image corporelle
- ☉ Aménorrhée



Poser le diagnostic

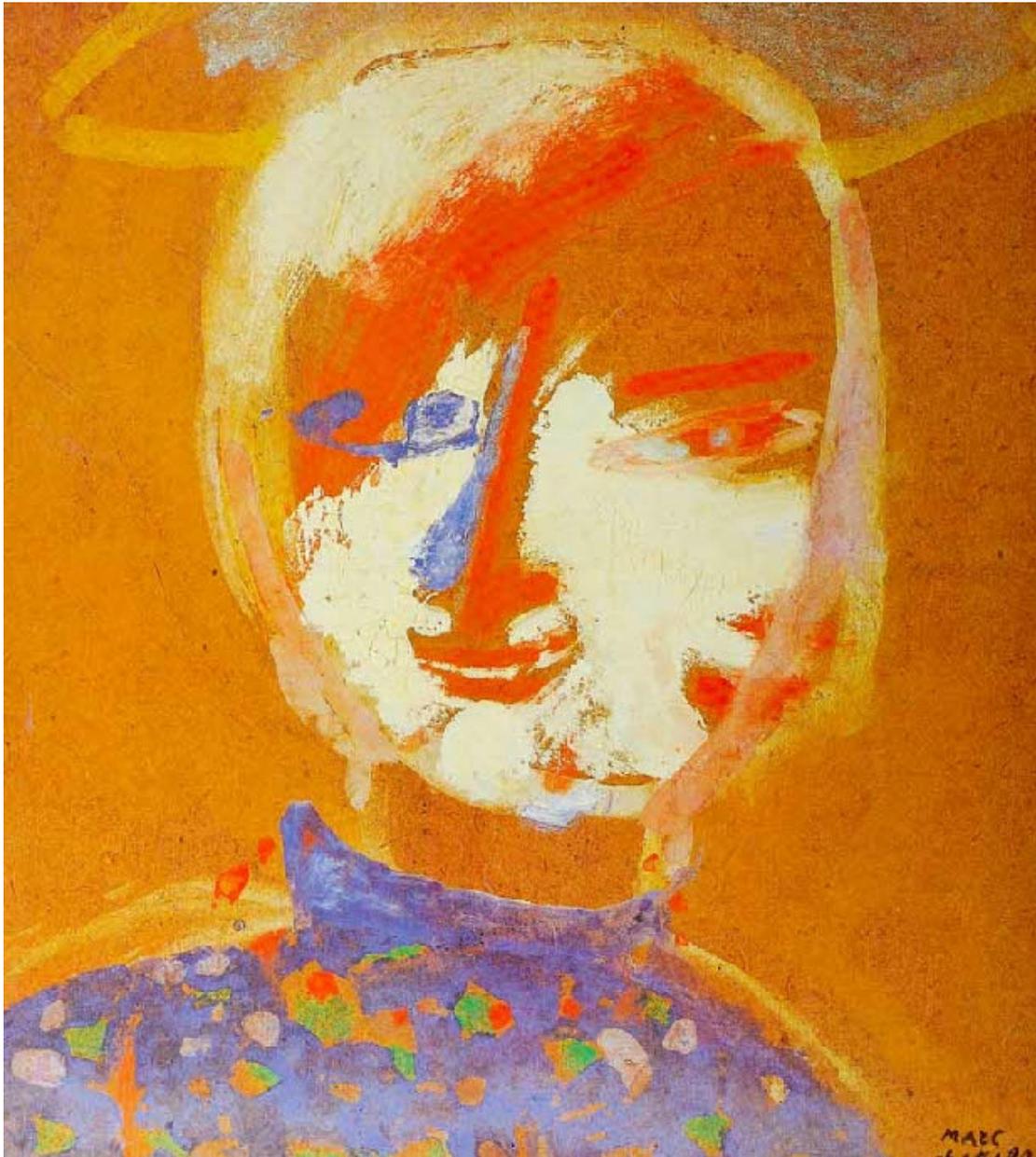
- ☉ Perte de poids
(Poids actuel < 85% du poids idéal)
 - ☉ Peur intense de prendre du poids
ou de devenir gros
 - ☉ Perturbation de l'image corporelle
 - ☉ Aménorrhée
-
- ☉ Anorexie mentale
- un diagnostic positif et non par exclusion

diagnostics différentiels

- ☉ tumeur du système nerveux central
- ☉ pathologie oncologique
- ☉ maladie inflammatoire du tube digestif ★
- ☉ pathologie endocrinologique
- ☉ pathologie infectieuse
- ☉ délire d'empoisonnement

screening

- ☉| bizarreries alimentaires 
(« *présentation dans l'assiette* »)
- ☉| aliments défendus
- ☉| notions des calories
- ☉| poids souhaité (« *des chiffres magiques* »)
- ☉| angoisses devant une prise de poids
- ☉| fierté par rapport à l'amaigrissement
- ☉| perception inadéquate du propre corps



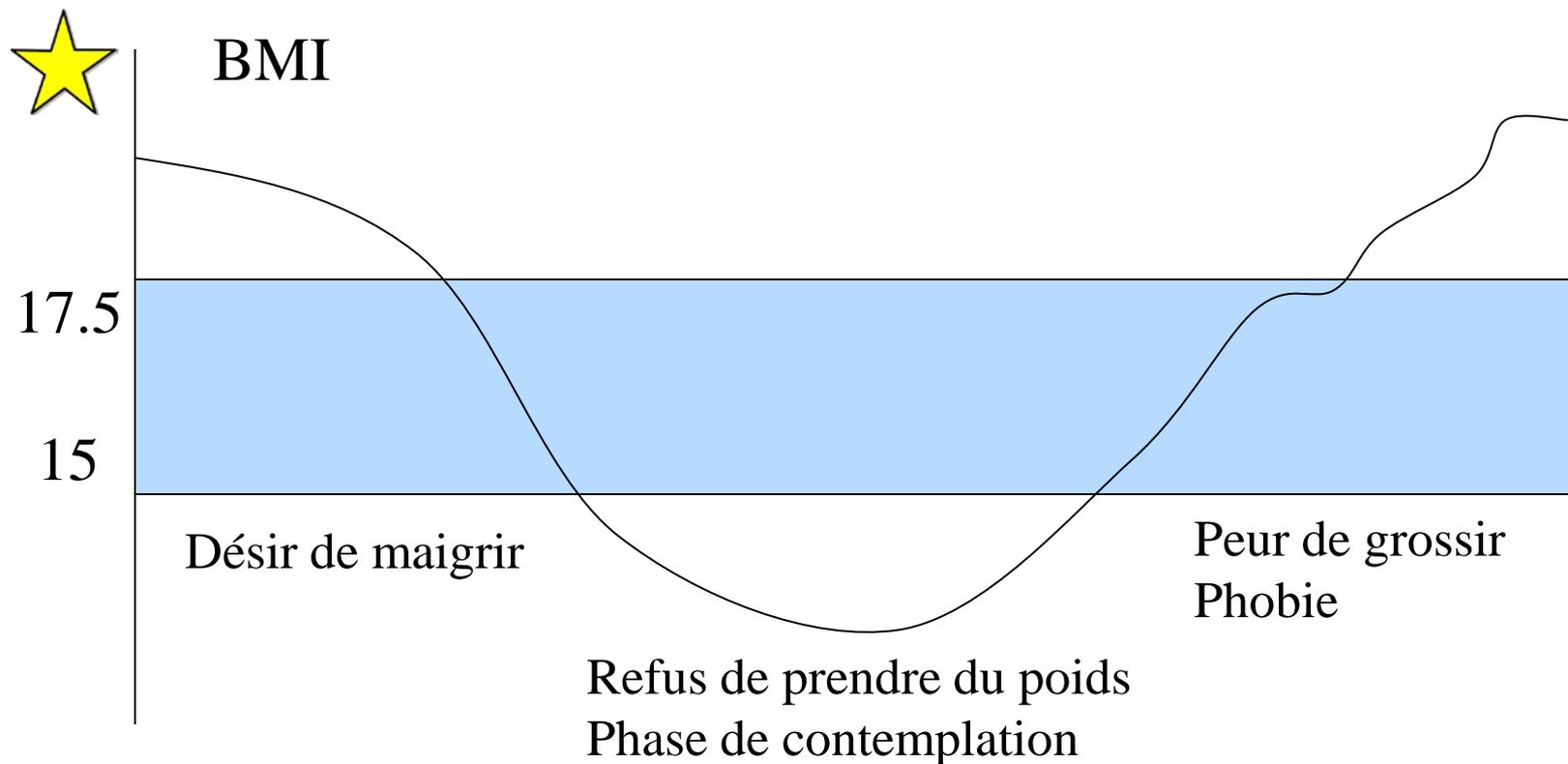
Cette voix
dans la tête

6

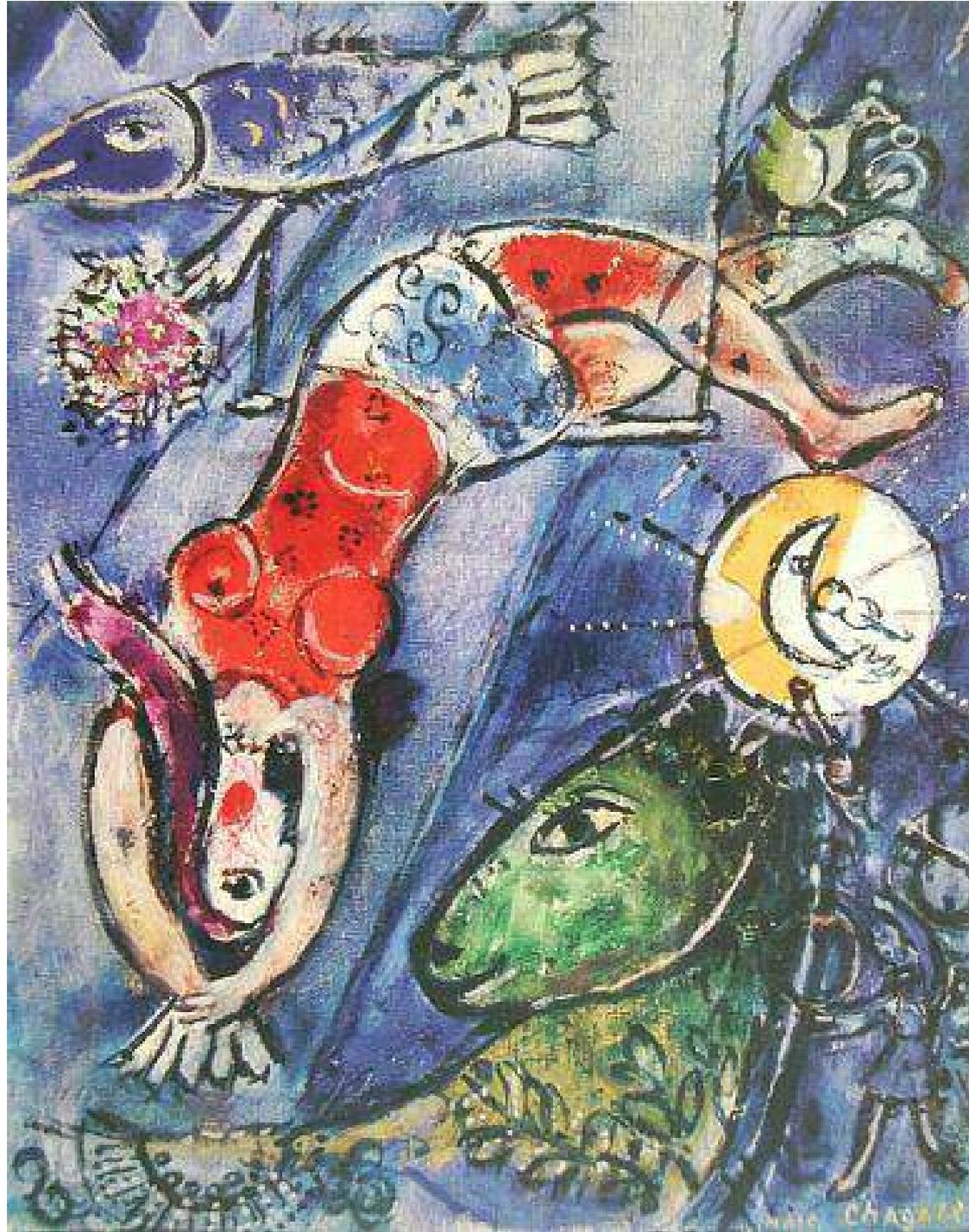
bilan initial

- 🍴 FSC, CRP, VS
- 🍴 Glycémie, Electrolytes
- 🍴 Ferritine, Urée, Créatinine, Transaminases, Amylase
- 🍴 Bilan thyroïdien
- 🍴 Densité urinaire
- 🍴 ECG
- 🍴 Ostéodensitométrie 
- 🍴 *Facultatif: CT-Scan ou IRM*
US abdominal
Transglutaminase 

les stades évolutifs



L'activité physique



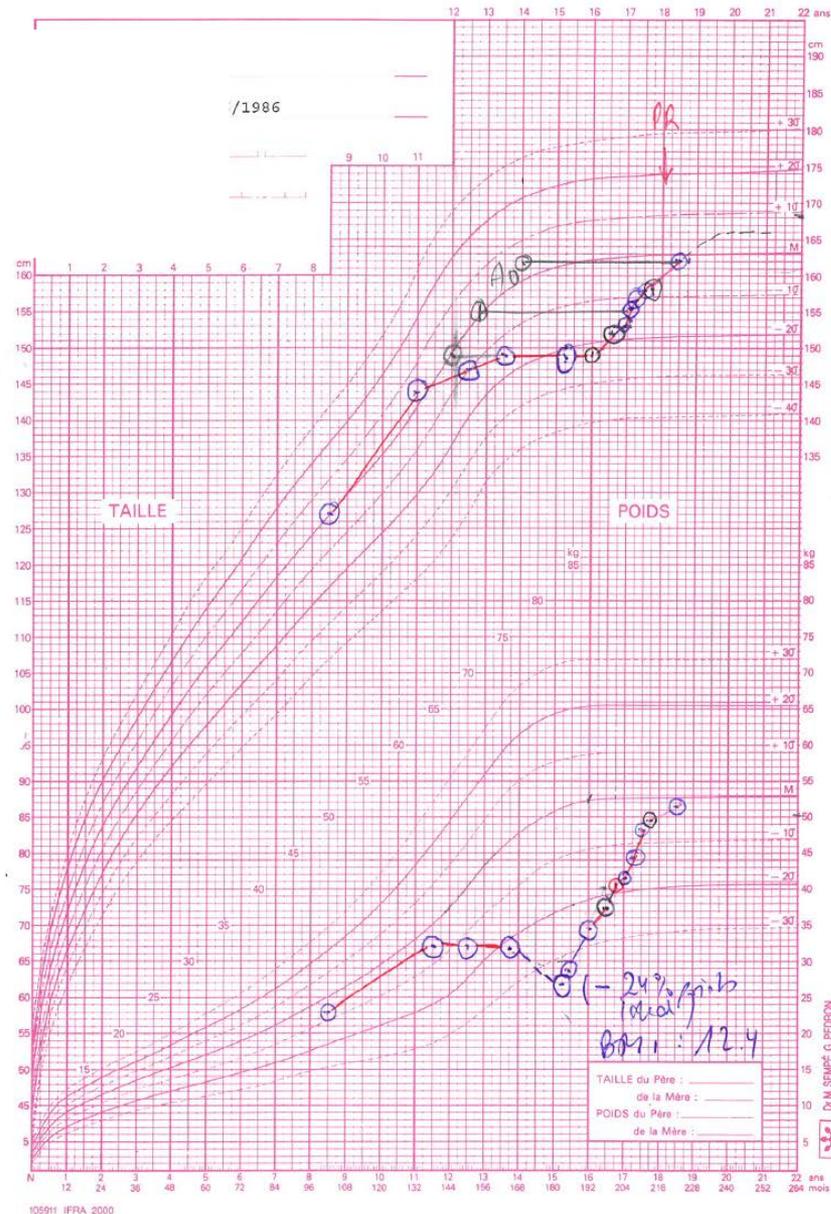
Complications

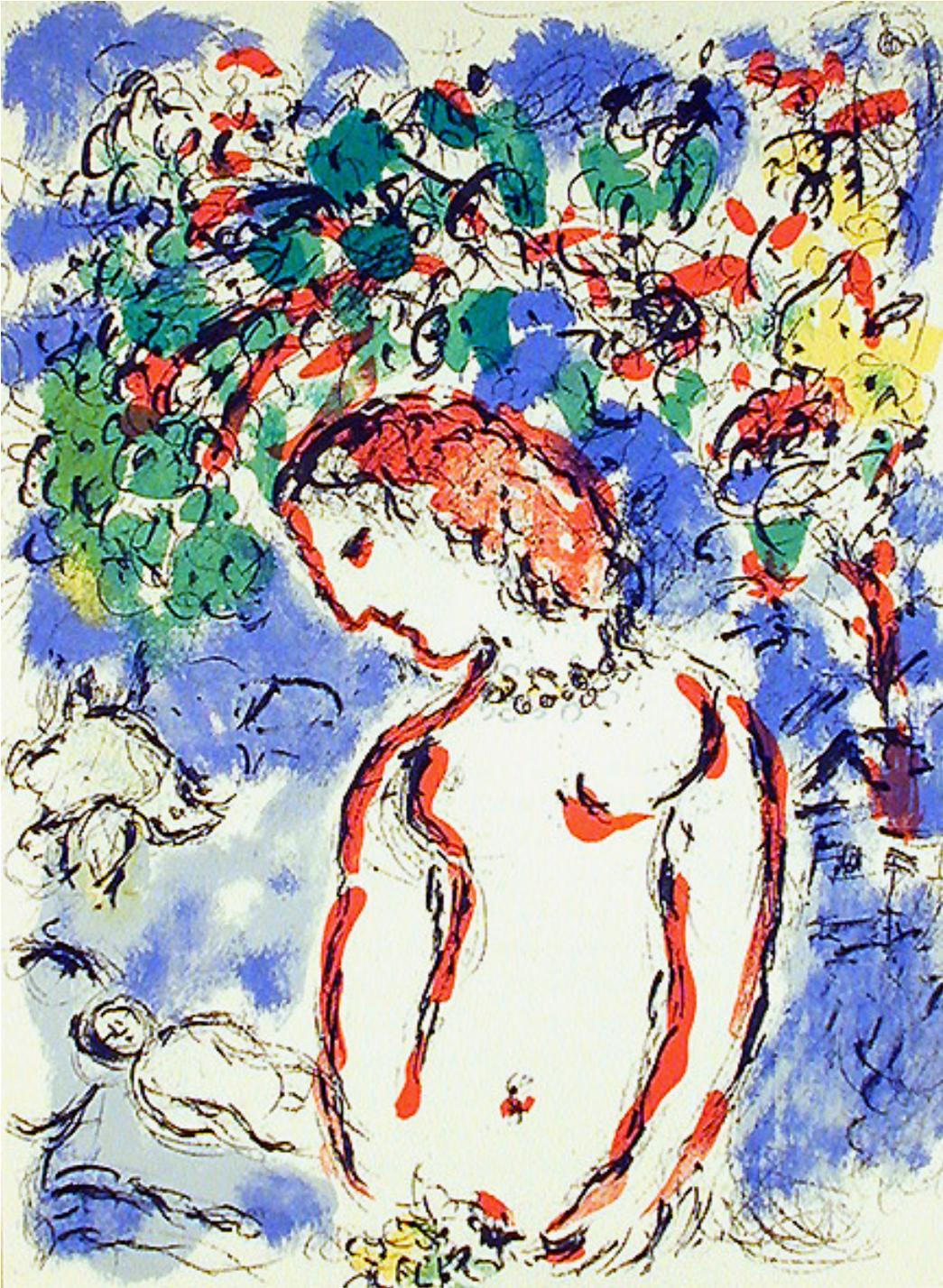
- ❉ Cardiologiques
- ❉ Métaboliques
- ❉ Gastrointestinales
- ❉ Hématologiques
- ❉ Neurologiques
- ❉ Dermatologiques
- ❉ Endocrinologiques

FILLES

Croissance somatique de la naissance à 22 ans

La croissance





Ne pas oublier ce corps
- attaqué
- maltraité

*Maquillage
Scarification*

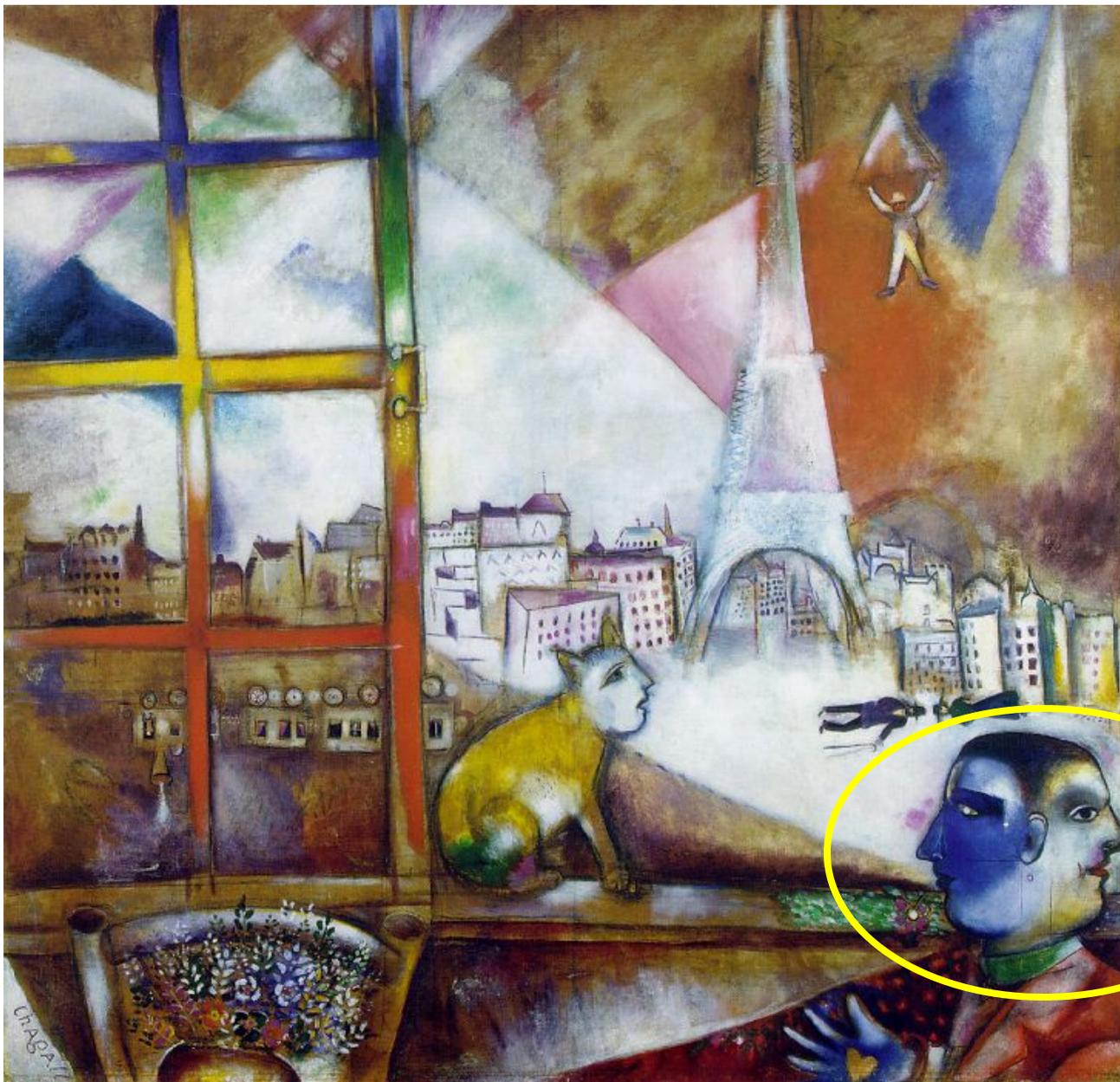
Les paramètres vitaux

- 🍴 La température
- 🍴 Le pouls et la tension
 - Pulsoxymétrie (la nuit)



mais aussi

- 🍴 Le ralentissement psychomoteur
- 🍴 La rupture des liens sociaux



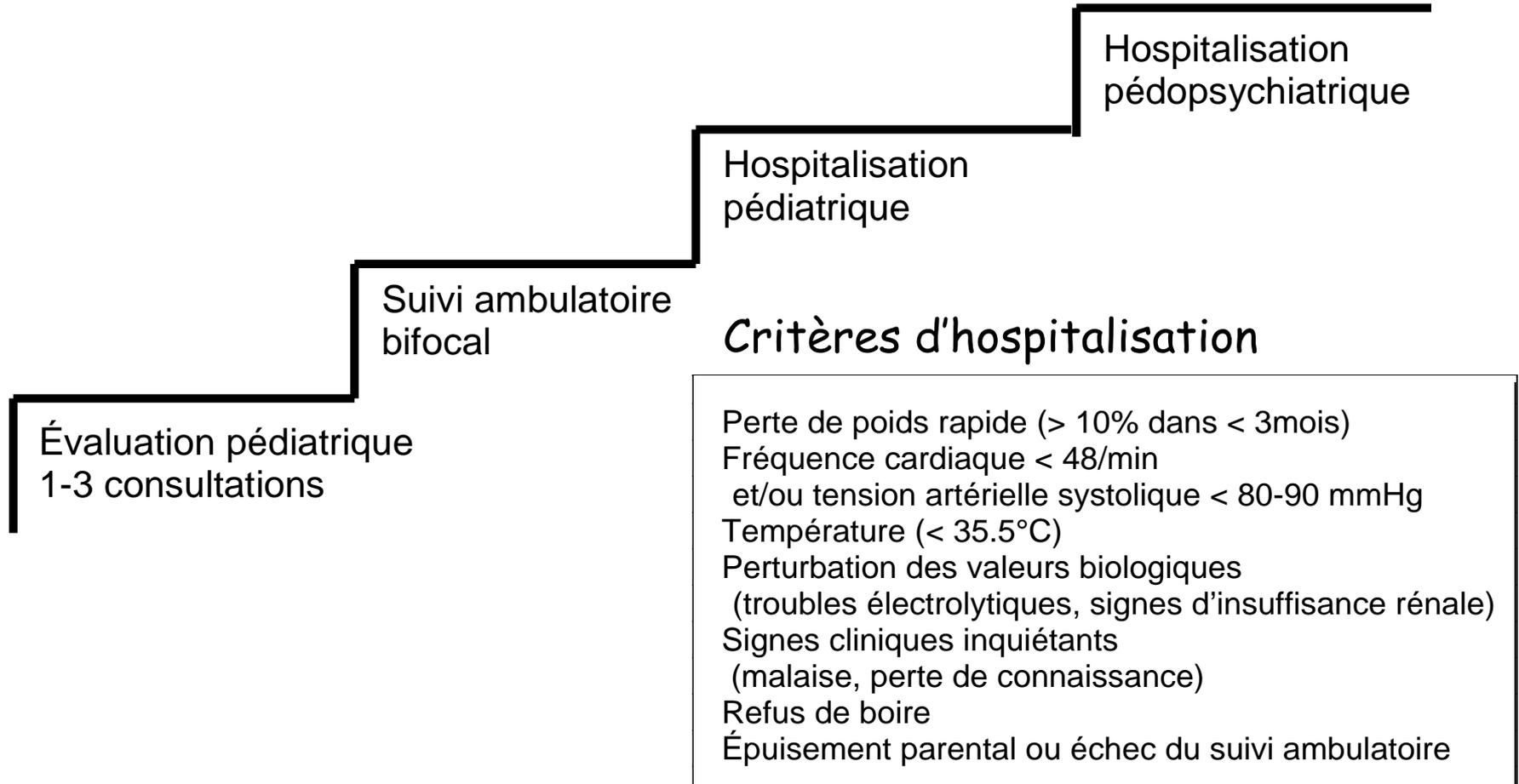


Mon rôle de pédiatre

Dépister
Evaluer
Organiser
Coordonner
Encadrer



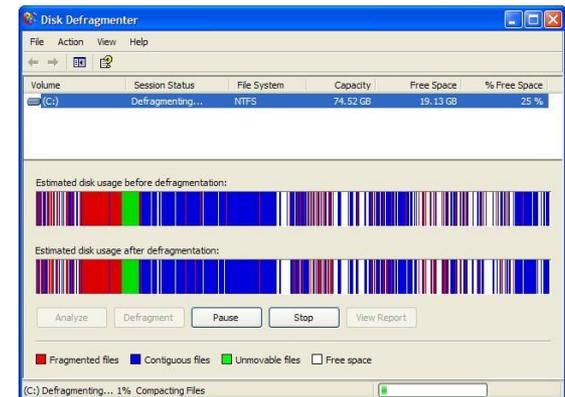
Schéma de prise en charge





La famille et la fraternité

Donner du sens Sortir de l'impasse



La renutrition

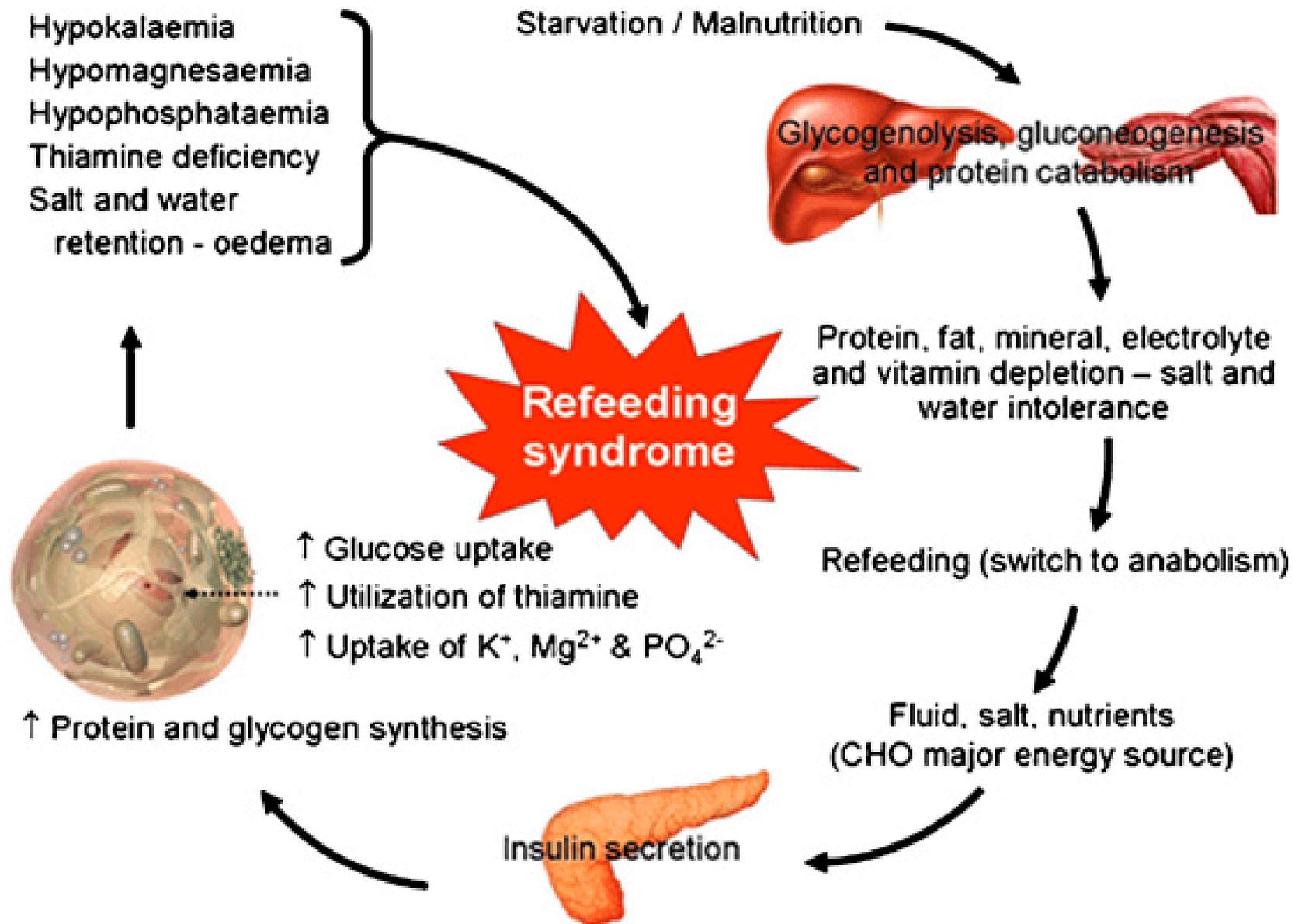
- 🍴 Du catabolique vers l'anabolique
- 🍴 Le « refeeding syndrome »
 - Série de changements métaboliques et biochimiques liés à la réintroduction de l'alimentation après une période de jeûne
 - Physiologie et pathophysiologie bien connue, mais les circonstances d'apparition, les manifestations cliniques et le management des patients sont moins claires
 - L'hypophosphatémie est souvent utilisée comme marqueur diagnostic pour les syndromes de renutrition, mais attention: défaillance multi organique et Phosphore normal possible
 - Manifestations cliniques très variables

pas symptôme



nausées, vomiss

léthargie, insuf. resp.
insuf. cardiaque,
hypotension arythmie,
délire, coma, décès



Source: Z Stanga, et al.2008

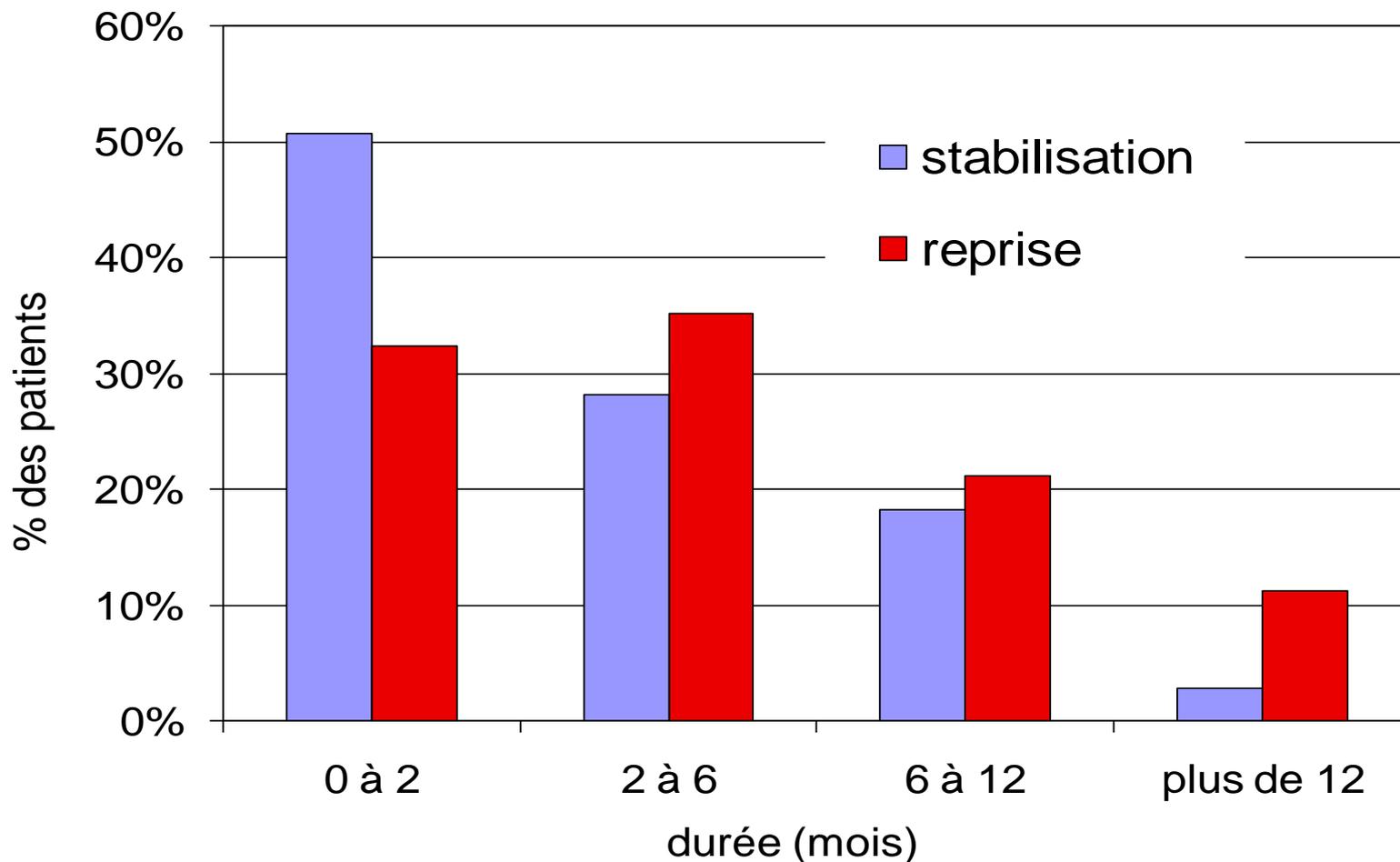
Recommandations pour la réalimentation et la prévention du syndrome de renutrition

- ❶ Réalimentation lente: 10-60 kcal/kg/j (max 1200 kcal/j) et par la suite augmentation de 200 kcal tous les 2 jours
- ❷ Mais: aucune « evidence based research » derrière ces recommandations

(Recommandation SAHM et NICE, 2003-2004)

- ❸ Sous ce protocole prudent, 23 cas de syndrome de renutrition identifiés dans la littérature!
- ❹ Inconvénients: Poursuite de la perte de poids car besoins quotidiens non couverts au début (en général 8 jours sont nécessaires pour reprendre du poids)

Évolution (du poids)



Henzen-Ifkovits E. Anorexie mentale à l'adolescence: quel devenir? Thèse Genève 2011

Marianne Caflisch, 7ème journée de nutrition pédiatrique, Mai 2013

Besoins journaliers

Age	Niveau sédentaire ¹	Niveau peu actif ²	Niveau actif ³
8-9 ans	1400	1600	1850
10-11 ans	1500	1800	2050
12-13 ans	1700	2000	2250
14-16 ans	1750	2100	2350
19-30 ans	1900	2100	2350

1 Sédentaire : votre journée type comporte peu de mouvement (p. ex. longues périodes assises, travail à l'ordinateur, recours fréquent au transport motorisé), et vous faites peu d'activité physique dans vos temps libres

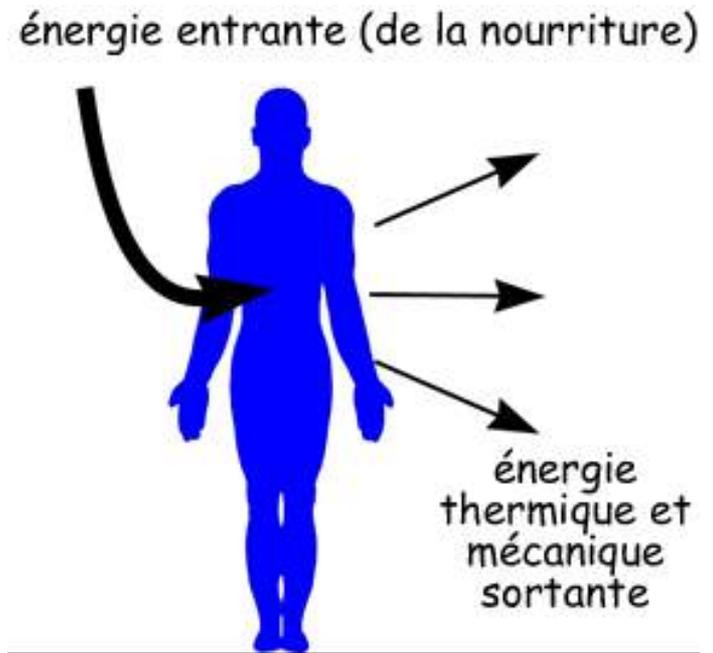
2 Peu actif : votre routine quotidienne comporte certaines activités physiques (p. ex. se rendre à pied jusqu'à l'arrêt d'autobus, tondre le gazon, déneiger) auxquelles vous ajoutez d'autres activités physiques dans vos temps libres

3 Actif : vos tâches quotidiennes comportent certaines activités physiques, et vous cumulez au moins deux heures et demie d'activité aérobie d'intensité modérée à vigoureuse par semaine. Ce type d'activité accélère la respiration et les battements de cœur.

Santé Canada www.sc-hc.gc.ca

Combien de calories faut-il pour prendre un kilo?

7000 kcal
pour gagner
1 kilo



Refeeding in anorexia nervosa: increased safety and efficiency through understanding the pathophysiology of protein calorie malnutrition

Michael R. Kohn, Sloane Madden and Simon D. Clarke

Current Opinion in Pediatrics 2011, 23:390-394

Hindawi Publishing Corporation
Gastroenterology Research and Practice
Volume 2011, Article ID 410971, 6 pages
doi:10.1155/2011/410971

Review Article

Refeeding Syndrome: A Literature Review

L. U. R. Khan, J. Ahmed, S. Khan, and J. MacFie

Hindawi Publishing Corporation
Gastroenterology Research and Practice
Volume
doi:10.1



ELSEVIER

Journal of Adolescent Health 46 (2010) 577–582

JOURNAL OF
ADOLESCENT
HEALTH

Original article

Does Aggressive Refeeding in Hospitalized Adolescents With Anorexia Nervosa Result in Increased Hypophosphatemia?

Melissa Whitelaw, B.App.Sc. (Phys.Ed.), B.App.Sc. (Hlth.Sc.), B.Nutr.Diet., A.P.D.^{a,b,*},
Heather Gilbertson, Adv.A.P.D., Ph.D.^a, Pei-Young Lam, M.B.B.S.^b,
and Susan M. Sawyer, M.D.^{b,c}

^aDepartment of Nutrition and Food Services, Royal Children's Hospital, Victoria, Australia

^bCentre for Adolescent Health, Royal Children's Hospital, Melbourne, Australia

^cDepartment of Pediatrics, The University of Melbourne and Murdoch Children's Research Institute, Victoria, Australia

Manuscript received June 11, 2009; manuscript accepted November 18, 2009

F
t
C
N

Hindawi Publishing Corporation
Gastroenterology Research and Practice

Volume
doi:10.1



ELSEVIER

Journal of Adolescent Health 46 (2010) 577–582

JOURNAL OF
ADOLESCENT
HEALTH

Rev
Ref

European Journal of Clinical Nutrition (2008) 62, 687–694
© 2008 Nature Publishing Group All rights reserved 0954-3007/08 \$30.00
www.nature.com/ejcn

M

REVIEW

Nutrition in clinical practice—the refeeding syndrome: illustrative cases and guidelines for prevention and treatment

Z Stanga^{1,2}, A Brunner^{1,3}, M Leuenberger², RF Grimble³, A Shenkin⁴, SP Allison⁵ and DN Lobo⁵

Hindawi Publishing Corporation
Gastroenterology Research and Practice
Volume
doi:10.1



ELSEVIER

Journal of Adolescent Health 46 (2010) 577–582

JOURNAL OF
ADOLESCENT
HEALTH

European Journal of Clinical Nutrition (2008) 62, 687–694

Journal of Adolescent Health 50 (2012) 24–29



ELSEVIER

JOURNAL OF
ADOLESCENT
HEALTH

www.jahonline.org

Original article

A Prospective Examination of Weight Gain in Hospitalized Adolescents With Anorexia Nervosa on a Recommended Refeeding Protocol

Andrea K. Garber, Ph.D., R.D.^{a,*}, Nobuaki Michihata, M.D.^{a,b}, Katherine Hetnal^a,
Mary-Ann Shafer, M.D.^a, and Anna-Barbara Moscicki, M.D.^a

Hindawi Publishing Corporation
Gastroenterology Research and Practice
Volume
doi:10.1



ELSEVIER

Journal of Adolescent Health 46 (2010) 577–582

JOURNAL OF
ADOLESCENT
HEALTH

European Journal of Clinical Nutrition (2008) 62, 687–694

Journal of Adolescent Health 50 (2012) 24–29



ELSEVIER

Original

A Pro

ANOR

Andre

Mary-

Position of the American Dietetic Association: Nutrition Intervention in the Treatment of Eating Disorders

ABSTRACT

It is the position of the American Dietetic Association that nutrition intervention, including nutritional counseling by a registered dietitian (RD), is an essential component of team treatment of patients with anorexia nervosa, bulimia nervosa, and other eating disorders (EDs) during assessment and treatment across the continuum of

Treatment of Eating Disorders" published online at www.eatright.org/positions.

J Am Diet Assoc. 2011;111:1236-1241.

POSITION STATEMENT

It is the position of the American Dietetic Association that nutrition inter-

ROLES AND RESPONSIBILITIES OF REGISTERED DIETITIANS

A registered dietitian's (RD's) role in the nutrition care of individuals with EDs is supported by the American Psychological Association, the Academy for Eating Disorders, and the American Academy of Pediatrics (4-6). RDs working with ED patients need a good understanding of profes-

Nouvelles recommandations pour la renutrition

- ☉ Couvrir rapidement les besoins caloriques de la patiente
- ☉ Alimentation par sonde NS en continu pour éviter l'hypoglycémie réactionnelle au retard de la sécrétion d'insuline
- ☉ Limiter la proportion de calories venant des hydrates de carbone
- ☉ Monitoring quotidien des électrolytes, substitution si nécessaire
 - Phosphore: 20-25mg/kg/jour en deux prises
 - Calcium (Vitamine D3) 1500mg/j
 - Evtl: Potassium: 1-3 mmol/kg/j, Magnésium: 0.3-0.4 mmol/kg/j, Thiamine

Prise de poids souhaitée

500 – 1000g (- 2000g)/sem

Apports maximaux:

garçons 4000 kcal/jour

filles 3.500 kcal/jour

Apports initiaux calories/j

	kcal/j	suite
Am Diet Association 2000	1000 -1200	
Austr Coll Psych 2004	600-800	
Golden & Meyer 2004	1000-1400	+ 200-300kcal tous les 2j
Stanga 2008	10kcal/kg/j	Augmenter de 5kcal/kg/j tous les 2 jours jusqu'à 30 kcal/kg/j
Sylvester/Formann 2008	1250-1750	
Sawyer 2010	1900	Augmenter jusqu'à 2700 en 5j
Kohn 2011	2000	Augmenter jusqu'à 2700 en 7j
Mc Gill 2012	1900	Augmenter jusqu'à 2600 en 5j

Compléments alimentaires

	Produits	kcal/ml	Proteines	Lipides	Glucides
	Fortimel regular	1 cal	40%	19%	41%
	Fresubin energy	1.5kcal	16%	35%	45%
	Fresubin original	1 kcal	15%	30%	55%
	Fresubin fibre	2 kcal	20%	35%	43.5%
	Fresubin energy	1.5kcal	15 %	35%	50%
	Fresubin	2 kcal	20%	35%	45%
	Ensure	1.06kcal	15%	24%	61%
	Resource	1.25kcal	30%	25%	45%
	Proposition		20-30%	30-40%	env 40%



Évolution

Sous-échelles du score de Morgan Russel	%
Restriction alimentaire plus de la moitié du temps	58
Règles régulières et cycliques	73
Difficultés psychologiques majeures	48
Activités sociales en dehors de la famille absentes ou en solitaire	67
Relations insatisfaisantes avec leur famille nucléaire	27
Activité professionnelle ou scolaire à 100%	82

Henzen-Ifkovits E. Anorexie mentale à l'adolescence: quel devenir? Thèse Genève 2011



«passionnant
et
exaspérant»

Mais surtout
ne pas lâcher

Merci pour
votre attention

R
th
c
M

Hindawi Publishing Corporation
Gastroenterology Research and Practice
Volume
doi:10.1



ELSEVIER

Journal of Adolescent Health 46 (2010) 577–582

JOURNAL OF
ADOLESCENT
HEALTH

Rev
Ref

European Journal of Clinical Nutrition (2008) 62, 687–694

Journal of Adolescent Health 50 (2012) 24–29

RE
M
N
sy
pi
Z St



ELSEVIER

Original

A Pro

ANOR

Andre

Mary-

Position of the American Dietetic Association: Nutrition Intervention in the Treatment of Eating Disorders

ABSTRACT

It is the position of the American Dietetic Association that nutrition intervention, including nutritional counseling by a registered dietitian (RD), is an essential component of team treatment of patients with anorexia nervosa, bulimia nervosa, and other eating disorders (EDs) during assessment and treatment across the continuum of

Treatment of Eating Disorders" published online at www.eatright.org/positions.

J Am Diet Assoc. 2011;111:1236-1241.

POSITION STATEMENT

It is the position of the American Dietetic Association that nutrition inter-

ROLES AND RESPONSIBILITIES OF REGISTERED DIETITIANS

A registered dietitian's (RD's) role in the nutrition care of individuals with EDs is supported by the American Psychological Association, the Academy for Eating Disorders, and the American Academy of Pediatrics (4-6). RDs working with ED patients need a good understanding of profes-