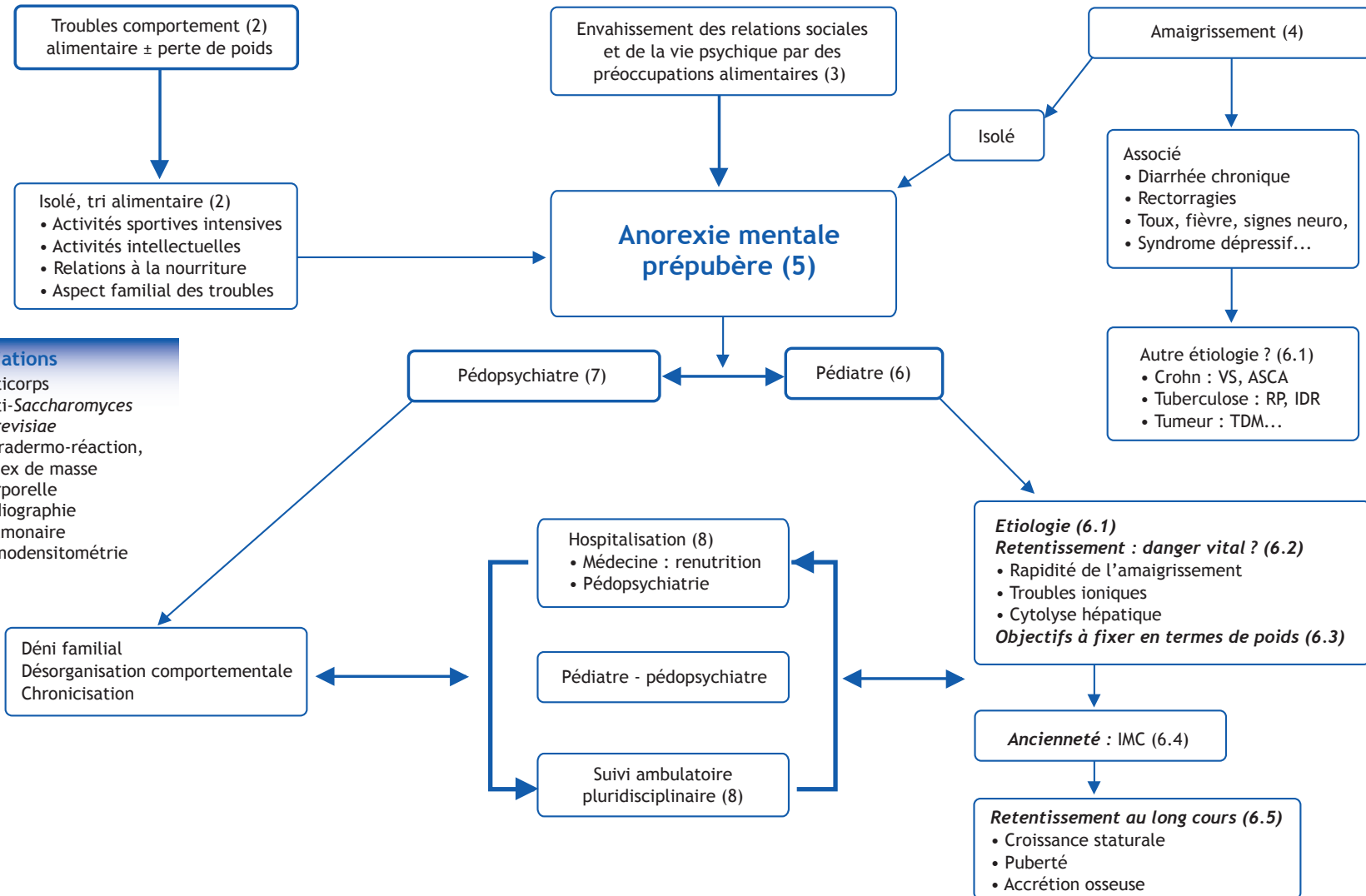


J.-F. Roche¹, A. Lienhardt-Roussie^{2,*}, F. Compain²

¹Pôle de pédopsychiatrie CH Esquirol, 87 Limoges, France

²Service de Pédiatrie, Hôpital de la Mère et de l'Enfant, CHU Dupuytren, 87 Limoges, France

Portes d'entrée diagnostiques de l'anorexie mentale prépubère (1)



■ Abréviations

ASCA : anticorps anti-*Saccharomyces cerevisiae*
 IDR : intradermo-réaction,
 IMC : index de masse corporelle
 RP : radiographie pulmonaire
 TDM : tomodensitométrie

■ Arbre diagnostique - Commentaires

(1) *Diagnostic* : Les portes d'entrée dans le diagnostic d'anorexie mentale prépubère ne sont pas la triade classique amaigrissement-anorexie-aménorrhée, mais plus volontiers des troubles du comportement alimentaire, des troubles psychologiques, un amaigrissement. Il faut se méfier d'une préadolescente qui a débuté sa puberté et qui présente une régression du développement mammaire (diagnostic différentiel : adénome à prolactine, tumeur sellaire).

(2) *Des troubles du comportement alimentaire* peuvent initialement ne pas être associés à une perte pondérale. Repérer les rapports pathologiques à la nourriture, souvent dans un contexte familial (la famille a elle-même des rapports pathologiques à la nourriture). Repérer les caractéristiques du trouble de comportement alimentaire : tri progressif et sélectif avec un enfant qui peu à peu restreint et supprime des aliments de son alimentation. Rechercher une augmentation de l'activité physique (footing, natation, abdominaux) souvent méconnue des parents. Repérer les vomissements provoqués (pétéchies jugales, morsures jugales...).

(3) Symptomatologie relationnelle et comportementale allant vers la restriction des intérêts et des investissements ; envahissement par des préoccupations quant à l'image du corps et à l'alimentation volontiers déniées, banalisées, rationalisées avec l'aval de la famille.

(4) *Amaigrissement* : souvent découvert durant l'été, bien caché par l'utilisation de vêtements amples. Rechercher une autre étiologie somatique ou psychiatrique.

(5) Une fois le *diagnostic posé*, soit par le pédiatre, soit par le pédopsychiatre, une *consultation avec l'autre professionnel* s'impose pour mettre en place une prise en charge collaborative avec des allers-retours constants entre les deux professionnels de l'enfance.

(6) La *consultation du pédiatre* a plusieurs objectifs :

6.1 : *Affirmer l'absence d'une étiologie organique* (Crohn, tuberculose, tumeur...) ou psychiatrique (syndrome dépressif en collaboration avec le pédopsychiatre) ; retracer l'histoire de la puberté naissante si elle a existé.

6.2 : *Évaluer la gravité de l'amaigrissement* : plus qu'une valeur absolue de perte de poids, la rapidité de la perte de poids est importante, s'aider de courbes d'IMC ; évaluer les complications : cytolysé hépatique, hypophosphatémie, hypokaliémie, troubles de l'hémostase ; l'hypokaliémie peut signer la prise occulte de diurétiques, l'alcalose hypochlorémique les vomissements.

6.3 : *Fixer des poids limites* : poids de renutrition entérale, poids d'hospitalisation et contrat de poids à fixer avec les pédopsychiatres. Ne pas fixer des objectifs insoutenables, mais des objectifs pondéraux mettant l'enfant hors de danger, objec-

tifs qui seront déjà terribles pour l'enfant ; s'aider de la courbe d'IMC, du poids idéal par rapport à la taille, de la corpulence habituelle (par exemple : renutrition quand IMC < 3^e percentile et ce, jusqu'à IMC 15-20^e percentile).

6.4 : *La courbe d'IMC* permet souvent de retrouver que les faits ne sont pas si récents que cela et souvent la perte de poids remonte à plusieurs mois, voire quelques années auparavant (tolérance du milieu familial ?).

6.5 : *Essayer de prévenir les complications à long terme* avec principalement un arrêt souvent définitif de la croissance, des troubles de l'accrétion osseuse, reprise ou début pubertaire.

(7) La consultation pédopsychiatrique doit apprécier la capacité personnelle et familiale de prise en compte de la dimension pathologique du trouble et évaluer les facteurs de mobilisation ou de résistance psychique ; prêter attention aux organisations familiales compliantes au symptôme.

(8) Au terme de ce premier bilan pédiatrique et pédopsychiatrique, une prise en charge sera proposée, ambulatoire ou hospitalière avec réévaluations régulières et adaptation selon évolution.

Conflits d'intérêts :

Aucun.

■ Références

Alessi NE, Krahn D, Brehm D, et al. Prepubertal anorexia nervosa and major depressive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989;28:380-4.

Askenazy F. Expérience de vie séparée sans rupture pour l'anorectique. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2009;57;240-4.

Does anorexia nervosa occur in the prepubertal years? *Paediatr Child Health* 2005;10:378.

Olivry E, Corcos M. Eating disorders. Prepubertal anorexia nervosa. *Presse Med* 1999;28:100-2.

Treasure J, Claudino AM, Zucker N. Eating disorders. *Lancet* 2010;375:583-93.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : Anne.Lienhardt@chu-limoges.fr