

Amaigrissement

Conduite à tenir

Points à comprendre

Témoin d'un déséquilibre entre les apports et les dépenses énergétiques, l'amaigrissement peut être la conséquence d'une affection évolutive avec altération de l'état général en anorexie ou de troubles du comportement alimentaire. La maigreur peut être la résultante de ces processus ou correspondre à un état constitutionnel stable. L'un des premiers objectifs pour le clinicien est de reconnaître les différentes situations grâce à l'anamnèse, l'examen clinique et les examens complémentaires, puis les rattacher à une étiologie.

L'amaigrissement est un motif fréquent de consultation, car la perte de poids, élément sémiologique à la portée de tous, est un critère de mauvaise santé. Quelques idées fortes guident la prise en charge médicale :

- s'assurer de la réalité de la perte de poids en cas de maigreur,
- distinguer la maigreur constitutionnelle de l'amaigrissement,
- selon le poids de départ, l'amaigrissement ne s'accompagne pas toujours de maigreur.

Un poids stable et normal est l'un des meilleurs marqueurs d'un état de santé normal chez l'adulte. Il est cependant préférable de considérer la corpulence exprimée par le rapport P/T2 (BMI ou IMC) qui reflète bien l'évolution de la masse grasse. Le poids augmente (physiologiquement) de l'âge de 20 ans à l'âge de 50 ans, puis se stabilise pour diminuer spontanément après 75 ans chez l'homme et la femme. En revanche, la masse grasse augmente tout au long de l'âge adulte. Il n'est pas exceptionnel qu'une diminution importante du poids survienne chez les personnes âgées sans qu'il n'y ait d'affection pathologique sous-jacente pour atteindre un nouveau palier stable et durable.

A savoir absolument

Un bilan clinique approfondi

Etablir l'importance de l'amaigrissement, rechercher sa signification et le rattacher à une affection pathologique.

L'interrogatoire

reconstitue l'histoire pondérale afin d'établir l'importance et la cinétique de la perte de poids. Il permet de connaître les antécédents – la maigreur est parfois familiale ou séquellaire d'une affection antérieure –, les conditions de vie et le contexte psychologique. Il recherche en outre des signes associés pour faciliter le diagnostic étiologique, car nombre d'amaigrissements apparaissent faussement isolés.

L'enquête alimentaire

cherche à établir une relation entre la perte de poids et la réduction des apports énergétiques. En situant le niveau et la nature des ingesta, elle contribue à préciser la notion d'appétit et d'anorexie. La persistance de l'appétit, voire l'existence d'une hyperphagie, oriente vers une maigreur constitutionnelle ou une hyperthyroïdie. L'anorexie électorale à la viande évoque un processus néoplasique, alors qu'une pseudo-anorexie avec refus actif de se nourrir est en faveur d'une anorexie mentale.

L'examen

établit le diagnostic de maigreur et évite les travers des appréciations subjectives. Poids, indice de masse corporelle, mesure du pli cutané brachial et estimation du périmètre musculaire brachial sont 4 paramètres parmi les plus intéressants en routine. Ils peuvent être complétés par des données d'impédancemétrie. Dans tous les cas, les résultats doivent être interprétés en fonction de la chronologie d'installation. Une importance particulière est prêtée à la fonte musculaire, à la présence de troubles digestifs et aux signes de carences vitaminiques.

Les paramètres biologiques

du bilan nutritionnel sont difficiles à interpréter en fonction des pathologies associées : l'albuminémie et la préalbuminémie peuvent être intéressants. Le bilan biologique a surtout pour but d'aider au diagnostic d'un amaigrissement d'étiologie non évidente.

Au terme de cet examen, il est possible de distinguer l'amaigrissement et la maigreur pathologique de la maigreur constitutionnelle (*figure 1*), d'évoquer un diagnostic ou au moins de se convaincre de la pertinence d'un bilan

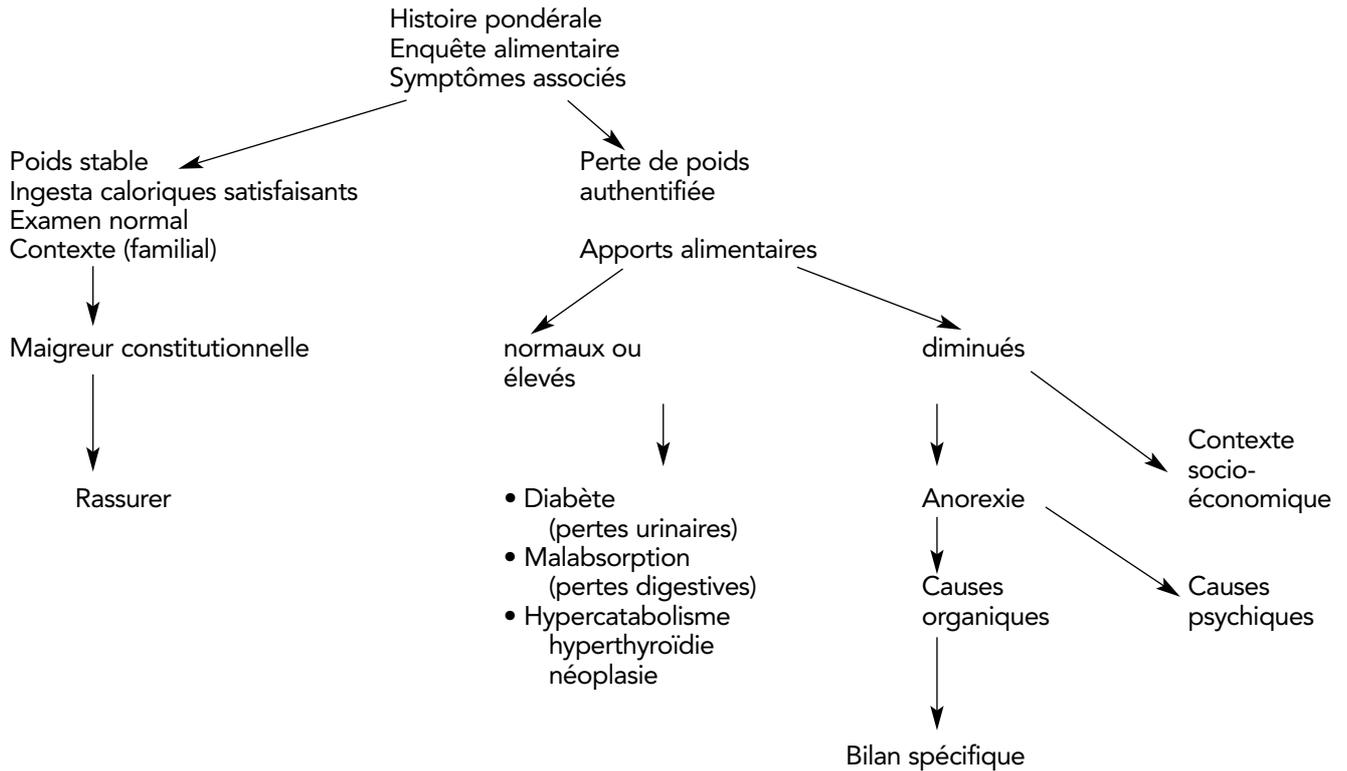


Figure 1
Démarche diagnostique devant une "maigreur"

Tableau I

Examens complémentaires utiles en cas d'amaigrissement de cause non évidente

- NFS, VS
Na, K, Ca, créatinine
Glycémie
Transaminases, GGT
TSH
- Radiographie du thorax F + P
- Echographie abdominale
- Œsogastroskopie
- Dépistage d'une malabsorption : albuminémie, vitamine B12, graisses fécales, temps de prothrombine, test au D-Xylose.

étiologique approfondi (*tableau I*) et d'apprécier la gravité : rapidité et importance de la perte de poids, degré de fonte musculaire, altération de l'état général, infections répétées, pathologie évolutive associée.

Principales causes d'amaigrissement

Les troubles du comportement alimentaire

L'anorexie mentale

Le diagnostic est suspecté chez une jeune fille affirmant souvent manger normalement ou même exagérément qui consulte sous la pression de son entourage. L'absence de fatigue, le maintien d'une activité significative, le déni de l'amaigrissement et de la maigreur, l'aménorrhée, la possibilité de vomissements, sont les principaux élé-

ments du diagnostic. Des critères diagnostiques plus précis sont mentionnés dans le DSM III et sont dominés par la perturbation de l'image corporelle et divers troubles psychopathologiques. Ils justifient de confier cette affection au psychiatre, mais ne dispensent pas d'un suivi nutritionnel quelles que soient les approches thérapeutiques proposées.

Outre la maigreur (IMC inférieur à 18,5) et l'anorexie, on recherche la notion d'une frilosité, la présence de troubles des phanères, d'un lanugo, d'une parotidomégalie et des signes de déplétion du tissu adipeux. L'amyotrophie est relativement harmonieuse. Il n'y a pas de signe de déshydratation en dehors de vomissements provoqués ou d'abus de laxatifs. Des œdèmes peuvent survenir lors de la réalimentation. Bradycardie, hypotension, hypothermie relative, constipation complètent le tableau. L'ostéoporose-malacie avec fractures infracliniques ou de fatigue est une complication trop méconnue des formes chroniques sévères.

L'exploration biologique est limitée dans les cas typiques. Leucopénie et thrombopénie, anémie assez rare, hypokaliémie, augmentation de l'urée sanguine, hypercholestérolémie (1/3 des cas), hyperamylasémie et, plus rarement, augmentation des transaminases et de la bilirubine non conjuguée sont rapportés et peuvent conduire à des errances diagnostiques.

L'exploration hormonale est à limiter aux cas incertains ou atypiques. Les anomalies habituelles sont les suivantes : hypercholestérolémie basale, syndrome de basse T3, hypogonadisme hypogonadotrope, diminution de la somatomédine (IGF-1) avec élévation de l'hormone de croissance.

Autres formes d'anorexie mentale

- L'anorexie-boulimie ou boulimie-anorexie où les périodes de restriction alimentaire alternent avec des périodes de boulimie avec vomissements provoqués. Cette situation, très culpabilisante, est souvent niée et s'intègre dans le cadre plus vaste des troubles obsessionnels compulsifs avec pulsions diverses.
- L'hyperactivité physique est utilisée par certains anorexiques comme un moyen de mieux contrôler le poids et constitue un trouble compulsif parmi d'autres.
- L'anorexie psychogène correspond à des troubles psychiatriques où domine l'hystérie. Ici, l'amaigrissement est reconnu et motif de consultation avec souhait d'explorations complémentaires, alors que la restriction alimentaire est marquée. La situation procure des bénéfices secondaires à la patiente.

Le traitement se fonde sur la réalimentation volontaire ou assistée. La prise en charge psychiatrique est indispensable. Le contrat de poids avec isolement familial avec ou sans hospitalisation est un standard qui reste d'actualité. L'alimentation artificielle est réservée aux situations somatiquement critiques. Les anabolisants n'ont pas de place dans ce contexte.

L'amaigrissement avec alimentation conservée et hypercatabolisme

Cette situation étayée par un interrogatoire et une enquête alimentaire de bonne qualité évoque des diagnostics faciles à confirmer grâce aux signes d'accompagnement ou aux explorations complémentaires.

L'amaigrissement des affections endocriniennes ou métaboliques

L'hyperthyroïdie : outre la thermophobie, la tachycardie, la dyspnée d'effort, les troubles du caractère et la diarrhée motrice, le diagnostic se fonde sur la coexistence d'une TSH effondrée avec augmentation des hormones thyroïdiennes.

Le diabète : signe cardinal du diabète insulino-prive décompensé à la découverte duquel il peut conduire, l'amaigrissement survient aussi lors du diabète de type II où il signe le déséquilibre métabolique et l'entrée en insulino-requérance. La polyuropolydypsie associée est très évocatrice.

L'hyperparathyroïdie primaire peut également se manifester par une polyuro-polydypsie et un amaigrissement, mais l'anorexie est plus fréquente.

Le phéochromocytome réalise un tableau proche de l'hyperthyroïdie avec palpitations, sueurs et dans les cas les plus évocateurs hypertension paroxystique. Un amaigrissement a été décrit dans quelques cas.

Caféinisme et tabagisme

importants, exposent à un amaigrissement en dépit d'apports alimentaires plutôt satisfaisants. Il en est de même dans les états d'hyperexcitabilité et d'agitation chronique où les prises alimentaires peuvent être conservées.

L'amaigrissement des affections digestives

La malabsorption a des causes nombreuses. Elle s'accompagne de selles abondantes, pâteuses ou diarrhéiques et assez souvent de douleurs abdominales, mais peut passer inaperçue. La maladie cœliaque de l'adulte, la maladie de Crohn, l'entéropathie exsudative et la pancréatite chronique en sont les causes principales.

L'amaigrissement paraphysiologique

Le grand âge s'accompagne d'un amaigrissement progressif à appétit conservé et n'est pas nécessairement de signification pathologique. Il est alors très progressif et ne comporte aucune anomalie chimique ou biologique.

L'amaigrissement d'accompagnement

Toutes les maladies viscérales graves peuvent être à l'origine d'un amaigrissement.

Au premier plan figurent **les cancers où la cachexie** peut apparaître longtemps isolée. Les mécanismes complexes associent l'anorexie qui dépend de la libération de facteurs hormonaux par la tumeur, les anomalies du goût, les conséquences directes sur la prise alimentaire de certains cancers digestifs, l'augmentation de la consommation d'énergie du fait de la taille de la tumeur, la mauvaise tolérance digestive et générale de la chimiothérapie.

Les maladies infectieuses sont à l'origine d'altération de l'état général comportant une anorexie avec un amaigrissement d'autant plus important que le catabolisme est marqué : les infections à VIH s'accompagnent d'un amaigrissement important, indépendamment de la survenue d'infections nosocomiales. Il s'agit du "wasting syndrome". Une perte de poids supérieure à 10 %, avec ou sans diarrhée, survient parfois durant l'infection par VIH. Elle est due à la conjonction d'une anorexie et d'une augmentation des dépenses énergétiques.

Les maladies neurologiques sévères comme la sclérose latérale amyotrophique, la maladie de Parkinson et les accidents vasculaires cérébraux multiples sont responsables d'amaigrissements importants aux mécanismes imparfaitement élucidés.

Les grandes défaillances viscérales – hépatiques, cardiaques, rénales ou respiratoires – sont habituellement compliquées d'un amaigrissement important qui a une valeur pronostique péjorative. Mentionnons particulièrement l'amaigrissement des maladies respiratoires chroniques avec emphysème qui évoluent progressivement ou rapidement vers la cachexie avec aggravation de l'état respiratoire du fait de l'amyotrophie des muscles respiratoires.

Bien **d'autres maladies chroniques** favorisent l'installation d'un amaigrissement ou d'une maigreur :

– l'amaigrissement des maladies psychiatriques d'origine multifactorielle avec notamment refus alimentaire et déambulation des déments est remarquable,
– la maladie alcoolique est une grande cause de malnutrition. Elle associe un déséquilibre alimentaire et une mal-digestion par lésions des muqueuses gastriques et intestinales avec augmentation des besoins métaboliques.

L'amaigrissement d'origine iatrogène ne doit pas être méconnu. Il est favorisé par la polymédication chez les personnes âgées avec dysgueusie et anorexie. Certains médicaments sont plus fréquemment impliqués : biguanides à l'origine de troubles digestifs, digitaliques, AINS mal tolérés sur le plan digestif, diurétiques et almitrine dont l'une des complications majeures est l'amaigrissement isolé.

L'amaigrissement présumé isolé

Les causes psychiques sont au premier plan. Elles sont à évoquer après élimination des causes organiques et lorsqu'il existe de grandes variations pondérales ou des signes évocateurs : insomnie, labilité de l'humeur, angoisse, manifestations fonctionnelles somatomorphes. La dépression est au premier plan. Il existe également des états d'inhibition de l'appétit dans la névrose hypochondriaque et les états mélancoliques.

Bien souvent l'amaigrissement isolé avec anorexie n'est qu'une présentation trompeuse d'une pathologie organique dont les autres expressions sont différées. Il en est ainsi dans les maladies digestives, les cancers, les vasculaires comme la maladie de Horton. D'autres fois, certains

régimes de restriction abusifs (comme le régime désodé) volontiers suivis par les personnes âgées ou les personnalités obsessionnelles sont à l'origine d'une anorexie.

Les moyens thérapeutiques

Dans la maigreur constitutionnelle, il n'y a guère de possibilités, sinon d'encourager la consommation d'une alimentation plus énergétique avec prise de collations.

En cas d'amaigrissement pathologique lié à une pathologie chronique du sujet âgé ou à défaut d'identifier une cause facilement curable, une augmentation des ingesta peut être obtenue en :

- prenant les mesures d'accompagnement d'ordre social qui s'imposent,
- favorisant la convivialité lors de la prise des repas,
- préconisant une alimentation diversifiée, en assouplissant les interdits liés à un régime et en tenant compte des préférences,
- maintenant un niveau de boissons suffisant,
- augmentant la palatabilité des plats : couleur, goût, alternance chaud et froid.

Le recours aux compléments nutritionnels protéino-énergétiques ou la mise en place d'une nutrition assistée sont à discuter cas par cas afin de lutter contre ou d'empêcher la dénutrition (cf. dénutrition).

La prise en charge psychiatrique et une approche comportementale trouvent leur place en cas d'anorexie mentale ou d'anorexie d'origine psychique.