

AAA

Révision des "Trois A"

L'amaigrissement involontaire : du
symptôme à la maladie
métabolique

Dr MAURIER / DR BAUDOIN–14 mai 2008

AAA

Les Trois « A »
de l'altération de l'état général

Asthénie

Anorexie

Amaigrissement

AAA

Les Trois « A » psychiatriques

- **Anorexie** : perte de l'appétit, de la satisfaction du manger et de l'oralité.
- **Amaigrissement** : perte de poids avec un seuil de 10% ou d'un IMC inférieur à 17.
- **Aménorrhée** : disparition des règles reflet de la souffrance viscérale endocrinienne en l'occurrence hypophysaire et ovarienne



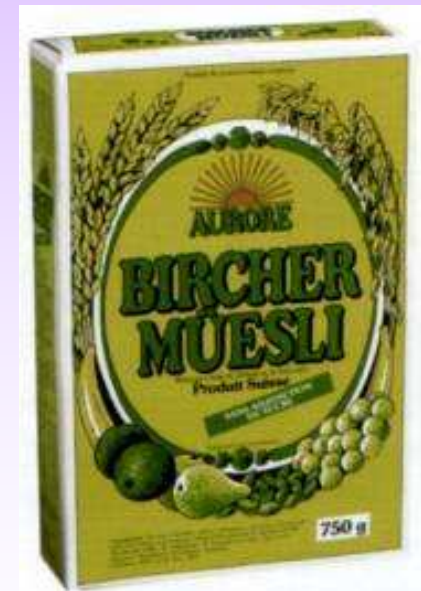
Définitions

- **Asthénie** ou fatigue : se distingue de la **psychasthénie**
- **Anorexie** : perte de l'appétit, conduit à l'**inanition** (apport insuffisant d'aliments) et peut confiner à l'**aphagie/adipsie**
- **Amaigrissement** : perte de poids (masse musculaire et graisseuse),

Perte de poids et Amaigrissement ne sont pas synonymes

- **Déshydratation**
- **Hyperhydratation**
- **Kwashiorkor** : dénutrition protéinique, œdèmes, apathie, atrophie musculaire, peau et phanères décolorés, anémie
- **Marasme** : dénutrition protéïno-calorique, état de maigreur important avec atrophie musculaire disparition du tissu adipeux sous cutané, peau flasque et plissée.
- **Athrepsie** : perte du tissu graisseux sous cutané.

- Le Docteur Bircher Benner chirurgien suisse invente pour ses patients fragiles le muesli : Le Bircher Müesli



Observation n°1



Histoire clinique

Mr Bir.JP 70 ans

Amaigrissement 13 kg sur 5 mois

Asthénie et anorexie

État dépressif avec introduction de fluoxétine sans succès

Sueurs nocturnes et fièvre hectique.







Observation n°1

- **Biologie**

- VS 5/18 Protéine C Réactive 3mg/dl Fibrinogène 1.9g/l
- Enzyme de conversion de l'angiotensine/ 81 UECA
- HIV HTLV négatif
- Hb 9.4g/l VGM 78Leucocytes 7990 PN 6592 Plaquettes 427000
- Ferritinémie 1093 ng/ml
- Electrophorèse des protéines sériques Albumine à 23 g/l
- Hémocultures négatives
- LCR Normal myéloculture négative
- Bartonella Yersinia tularémie Borrelia
- Procalcitonine 0,41ng/ml
- Phosphatases alcalines 674 UI/l gamma GT 367UI/l SGOT 32UI/l SGPT 73 UI/l
- Acide urique 20mg/l
- Lymphocytes CD8 175 CD4 126
- Interféron gamma Taux élevé non stimuable

- **Imagerie**

- Fibroscopie bronchique
- Scanner thoraco abdo pelvien

- **Consultation**

- Psychiatrique

Observation n°1



Quel diagnostic posez-vous ?

Observation n°1



Quelle procédure diagnostique choisissez-vous ?

- Biopsies d'éperon bronchique
- Ponction biopsie médullaire
- Biopsie musculaire
- Splénectomie

Observation n°1



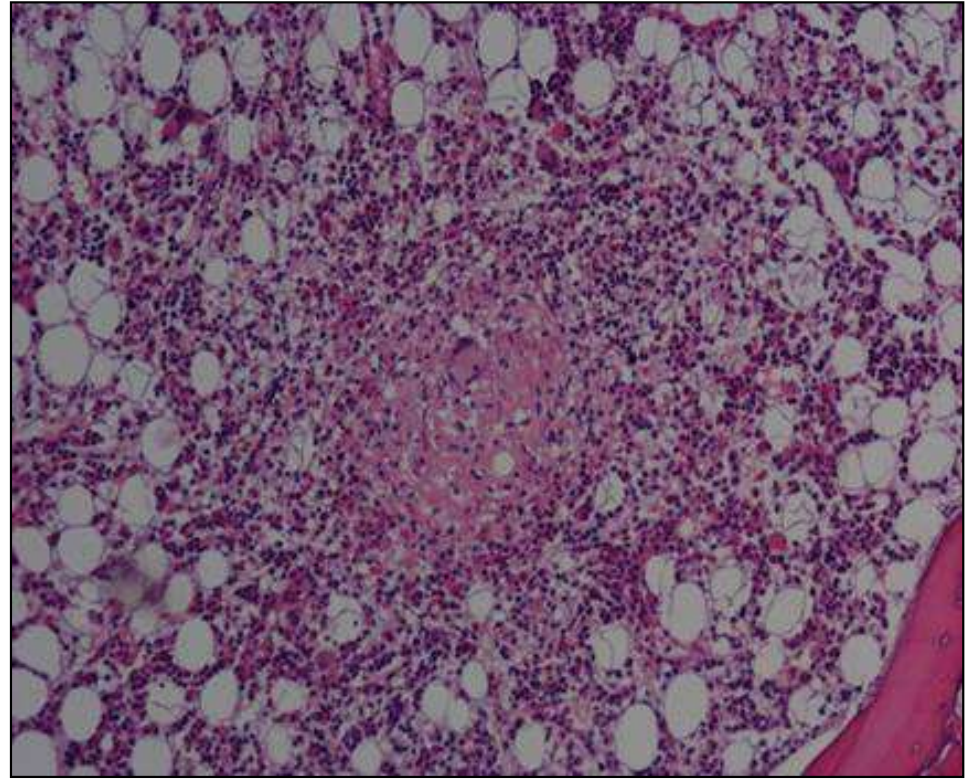
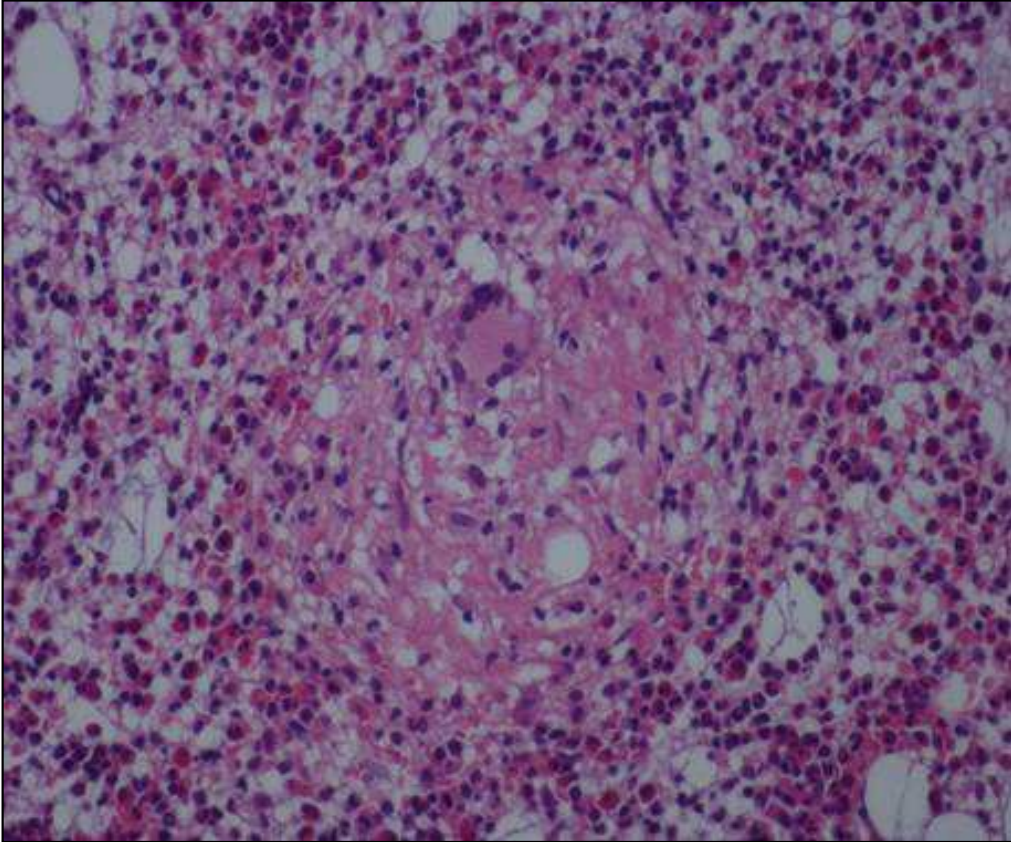
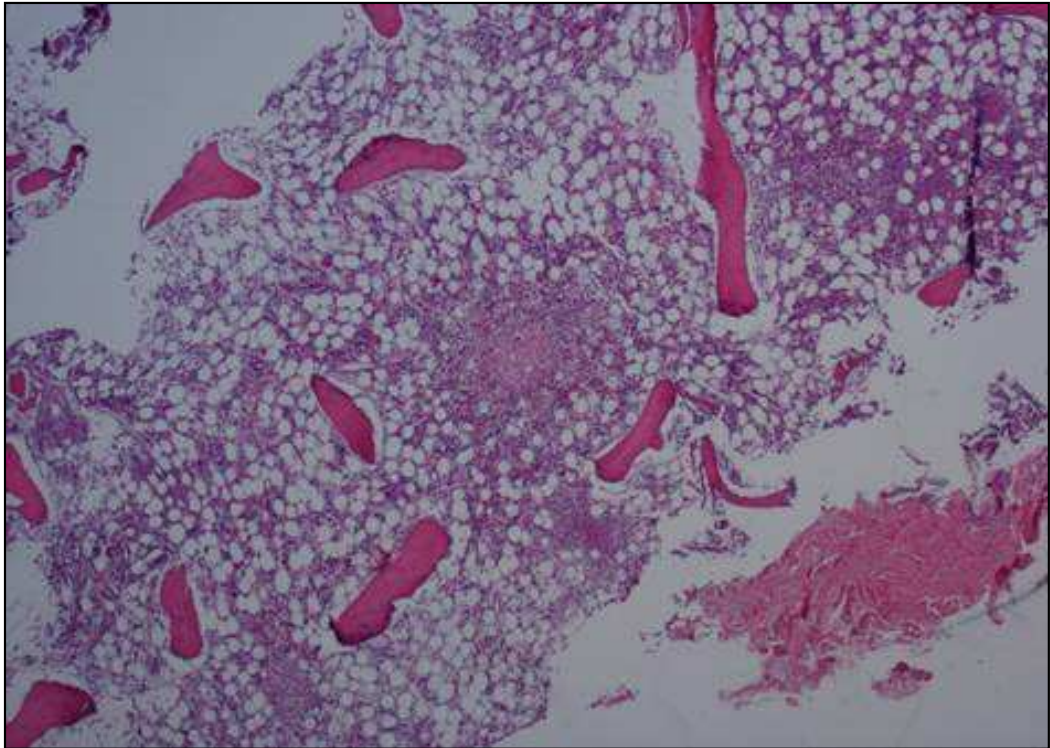
Quels mécanismes conduisent à cette fonte musculaire et adipeuse ?

- État dépressif névrotique
- Fluoxétine
- Fièvre hectique
- La maladie elle même

Quizz diagnostic

**Sarcoïdose systémique
avec atteinte splénique, musculaire
et médullaire**





- ◇ Physiologie de l'alimentation
- ◇ CRITERES de DIAGNOSTIC POSITIF
D'UN EPISODE DEPRESSIF
- ◇ Classement des Antidépresseurs

Drs DUCROCQ & REBOIS – 14 mai 2008

Physiologie de l'alimentation

Quelques repères ou rappels de définition :

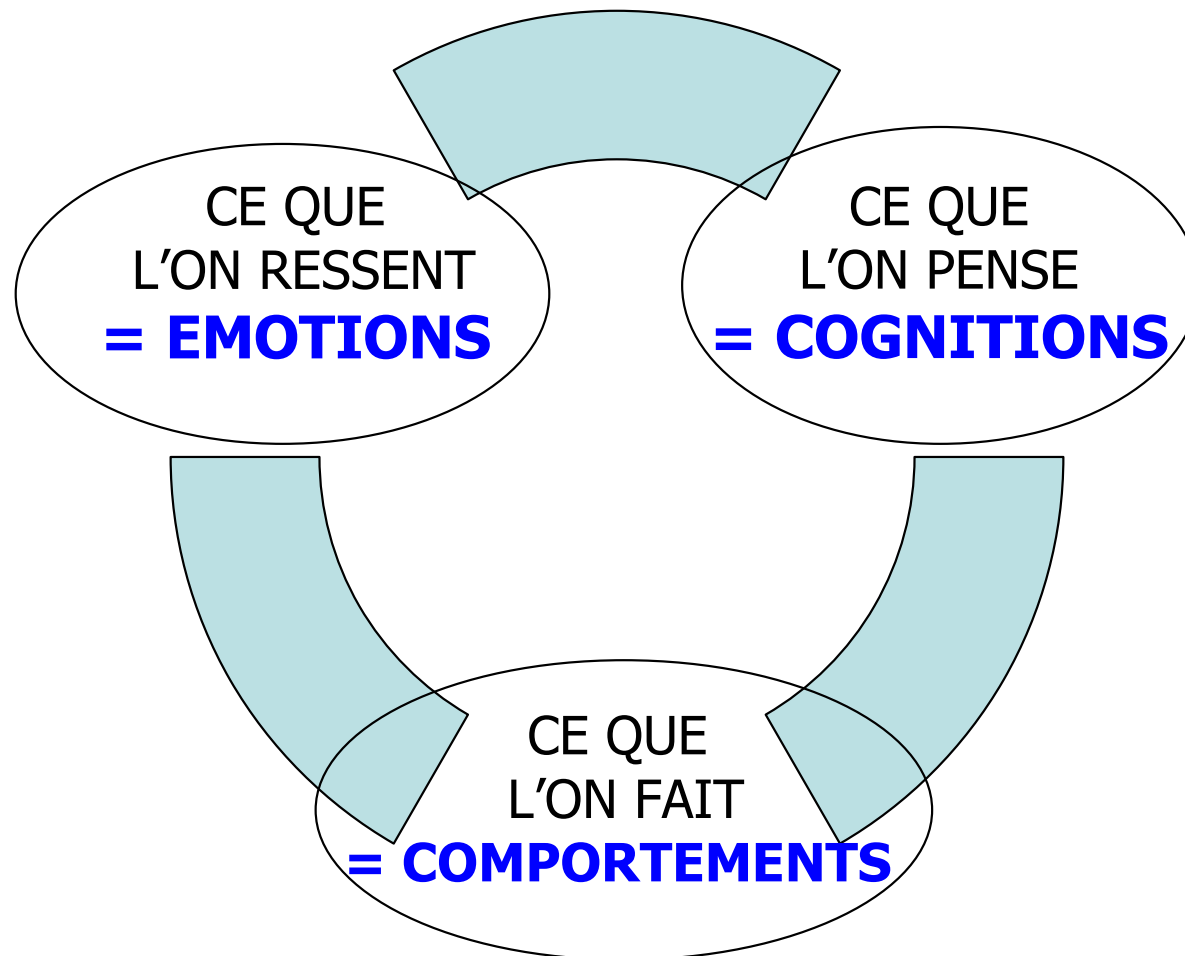
- L'**alimentation** concerne l'ingestion des aliments du monde extérieur vers le tube digestif (produits, nourriture)
- Après ingestion, la **nutrition** concerne la transformation des aliments en nutriments (GLU, LIP, PROT), puis leur métabolisation (protéines, acides gras, calories & Kcal), puis le résultat ...
- La **diète** est l'emploi raisonné de nourriture (ou régime) (la diète est intimement lié à la culture)
- La **diététique** est la science de l'hygiène alimentaire et de sa thérapeutique

Physiologie de l'alimentation (suite)

- L'alimentation normale est un ensemble de conduites intégrées et organisées en événements séquentiels ayant pour objectif
l'**homéostasie** (= équilibre énergétique qui procure **santé**, **bien-être** et **pérennité** à l'organisme)
- Les apports énergétiques sont discontinus pour des dépenses continues mais fluctuantes
=> un processus de **stockage – déstockage** dont le poids est le reflet
- L'organisme élimine les substances toxiques et sélectionne **instinctivement** les aliments pour couvrir les besoins essentiels
(il n'existe pas de biches & zèbres obèses)
- Ceci est valable chez tous les mammifères ; chez l'homme, cette fonction alimentaire est complétée ou ' parasitée ' par des finalités autres,
hédoniques (gastronomie) et **relationnelles** (facteurs affectifs, sociaux et commerciaux)
(entre autres différences qui distinguent l'Homme des autres mammifères = cuisine)

Physiologie de l'alimentation (suite)

Alimentation et nutrition mobilisent trois registres psychiques qui, normalement, interagissent de façon rationnelle et proportionnée ; ça n'est pas le cas dans les pathologies (T. C. A. ou non)



Physiologie de l'alimentation (suite)

PHASES PERIODIQUES	SENSATION <i>(intérieure, = signaux, indices)</i>	COMPORTEMENT <i>(attitudes, conscientes ou non)</i>
PRE – INGESTIVE	{ Faim : <u>besoin</u> de manger « creux, crampes » Notion de <u>Privation</u> de nourriture → Aspect <u>quantitatif</u> (<i>bouffe</i>) →	État d'éveil (<i>tension, hyper vigilance, anxiété, irritabilité</i>) Recherche de nourriture, Stockage <i>(Animalité / Nature)</i>
	{ Appétit : <u>envie</u> de manger Notion de <u>Frustration</u> Aspect <u>qualitatif</u> (<i>goût</i>) ↔	<i>(Humanité / Culture)</i> Préparation des aliments
INGESTIVE	Accalmie de l'appétit ↔	Début de la prise alimentaire
	Perception du plaisir ↔ Estimation des quantités	Choix des aliments <i>(Animalité = Humanité)</i>
	Rassasiement ↔	Arrêt de la prise alimentaire
POST – INGESTIVE	Satiété (<i>inhibition de l'appétit</i>) ↔ Plénitude (<i>sens. gastrique</i>) → Satisfaction (<i>sens. psychique</i>) ↔	État de bien être (<i>sédation</i>) <i>(Animalité = Humanité)</i> Somnolence Calme équilibre, Homéostasie

CRITERES de DIAGNOSTIC POSITIF D'UN EPISODE DEPRESSIF

- **La définition**

se décline selon la **sévérité** des symptômes et selon la **durée** :

L'épisode dépressif, selon la CIM-10, est défini par la présence d'un nombre minimum de symptômes (*6 critères de sévérité sur 10*), durant les 15 derniers jours (*critère de durée*)

- **Éléments généraux obligatoires :**

> L'épisode dépressif doit persister au moins 2 semaines.

> Critères d'exclusion :

- * Absence de symptômes hypomaniaques ou maniaques

- * Épisode non imputable à l'utilisation d'une substance psychoactive ou à un trouble mental organique

Présence d'au moins deux des trois symptômes majeurs suivants :
(2 sur 3 au minimum)

(1) Humeur dépressive

à un degré nettement anormal pour le sujet, présente pratiquement toute la journée et presque tous les jours, dans une large mesure non influencée par les circonstances, et persistant pendant au moins 2 semaines.

(2) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir
pour des activités habituellement agréables.

(3) Réduction de l'énergie
ou augmentation de la fatigabilité.

Présence d'au moins quatre des sept symptômes suivants :
(signalés par le sujet ou observés par les autres)

1. Perte de la **confiance en soi** ou de l'estime de soi.

2. Sentiments injustifiés de **culpabilité** excessive ou inappropriée.

3. Pensées de mort ou **idées suicidaires** récurrentes,
ou comportement suicidaire de n'importe quel type.

4. Diminution de **l'aptitude à penser** ou à se concentrer se manifestant,
par exemple, par une indécision ou des hésitations.

5. Modification de **l'activité psychomotrice**,
caractérisée par une agitation ou un ralentissement.

6. Perturbations du **sommeil** de n'importe quel type.

7. Modification de **l'appétit** (diminution ou augmentation)
avec variation pondérale correspondante.

***Selon la sévérité des symptômes présents,
l'épisode dépressif est qualifié de :***

“ léger ”

peu ou pas de symptômes supplémentaires au nombre nécessaire pour répondre au diagnostic ;
l'altération des activités prof., sociales, ou relationnelles est mineure
(maintien capacité de Travail)

“ sévère sans caractéristiques psychotiques ”

plusieurs symptômes supplémentaires au nombre minimum, les symptômes perturbent nettement les activités prof. et relationnelles
(perte capacité de Travail)

“ sévère avec caractéristiques psychotiques ”

lorsque s'ajoutent aux symptômes typiques de l'épisode dépressif sévère, des idées délirantes ou des hallucinations, concordant ou non avec le trouble de l'humeur ;
(perte capacité de Travail)

“ modéré ”

lorsque les symptômes et altérations sont comprises entre ces deux extrêmes
(capacité de Travail variable)

Classement des Antidépresseurs

Classe pharmacol.	DCI	Nom Spécialité	Effets secondaires sur prise de poids
<i>Imipraminiques</i>	clomipramine	Anafranil®	<u>Prise de poids</u>
“	amoxapine	Défanyl®	<u>Prise de poids</u>
“	amitriptyline	Elavil®, Laroxyl®	<u>Prise de poids</u>
“	maprotiline	Ludiomil®	<u>Prise de poids</u>
“	dosulépine	Prothiaden®	<u>Prise de poids</u>
“	doxépine	Quitaxon®	<u>Prise de poids</u>
“	trimipramine	Surmontil®	<u>Prise de poids</u>
“	imipramine	Tofranil®	<u>Prise de poids</u>
<i>IMAO non sélectifs</i>	iproniazide	Marsilid®	0
<i>IMAO sélectifs A</i>	moclobémide	Moclamine®	<u>neutre</u>

Classe pharmacol.	DCI	Nom Spécialité	Effets secondaires sur prise de poids
ISRS " " " " " "	citalopram	Séropram®	<u>neutre</u>
	escitalopram	Séroplex®	<u>neutre</u>
	fluoxétine	Prozac®	<u>Perte de poids</u>
	fluvoxamine	Floxyfral®	<u>Perte de poids</u>
	paroxétine	Deroxat®	<u>Prise de poids</u>
	sertraline	Zoloft®	<u>neutre</u>
	IRSN " "	milnacipran	Ixel®
venlafaxine		Effexor®	<u>Prise de poids</u>
duloxétine		Cymbalta®	<u>neutre</u>
Autres antidepr. " "	miansérine	Athymil®	<u>Prise de poids</u>
	mirtazapine	Norset®	<u>Prise de poids</u>
	tianeptine	Stablon®	<u>neutre</u>

Observation n°2



- **Histoire clinique**
- Mr MAA Ma 57 ans
- Hémochromatose génétique traité par saignées depuis 7 ans avec une ferritinémie stabilisée à 80 mg/L
- Cardiomyopathie dilatée sous IEC
- Diabète insulino-dépendant sur pancréatite calcifiée
Ethylisme arrêté
- Amaigrissement de 10 kg avec reprise de l'éthylisme mais
- Amaigrissement poursuivi de 7kg malgré l'arrêt de l'alcool
- Survenue d'une phlébite suro-fémorale droite





Observation n°2



- **Biologie**

- Hémoglobine glyquée à 6.2 %
- Electrophorèse des protéines sériques: Albumine à 34 g
- VS 5/24 Protéine C Réactive 1.2 mg/dl Fibrinogène 2g/l
- Alpha protéine ACE Ca19-93normaux
- Gamma GT 195 Phosphatases alcalines 282 SGOT 43 SGPT 46
- Hb 12.7g/l VGM 96 Ferritine 95 ng/ml
- Stéatorrhée, créatorhée normales

- **Imagerie**

- Scanner thoracoabdopelvien
- Endoscopie oesogastrocolique

- **Consultation**

/

Observation n°2



- Quel diagnostic
posez-vous ?

Observation n°2



- Quelle procédure diagnostique choisissez-vous ?
 - Écho endoscopie
 - Biopsie gastrique

Observation n°2

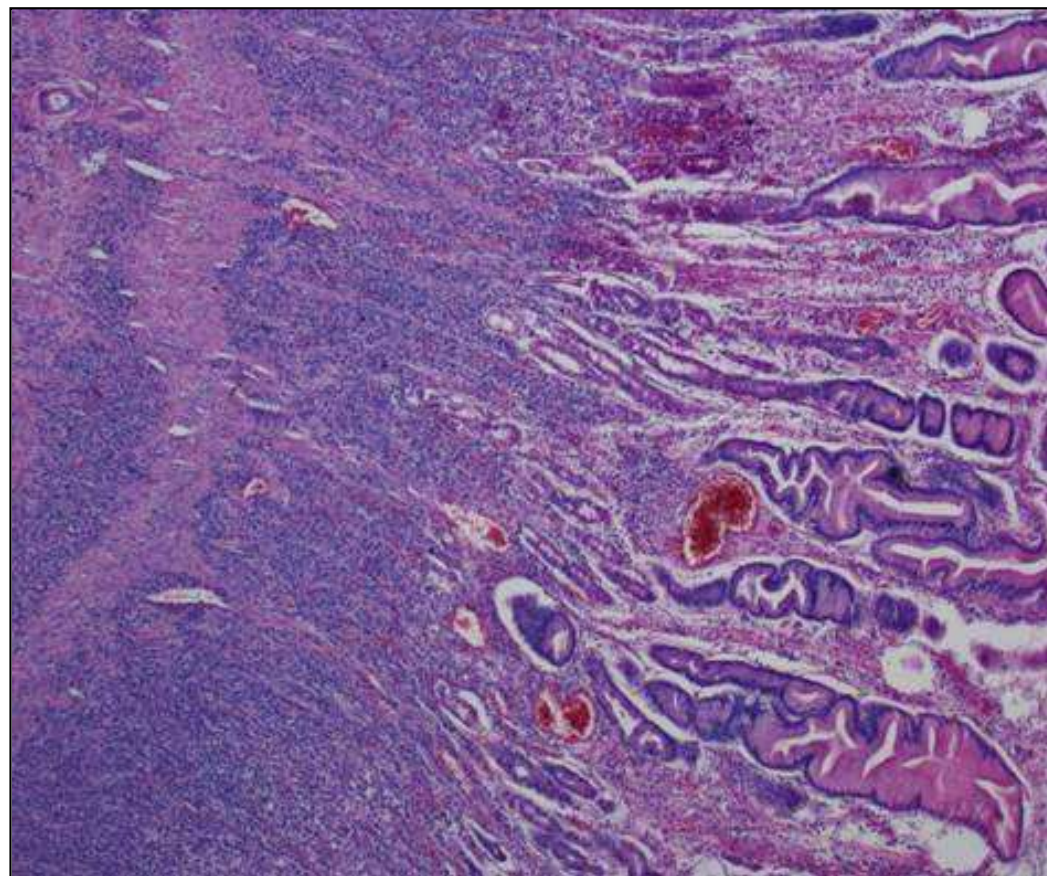
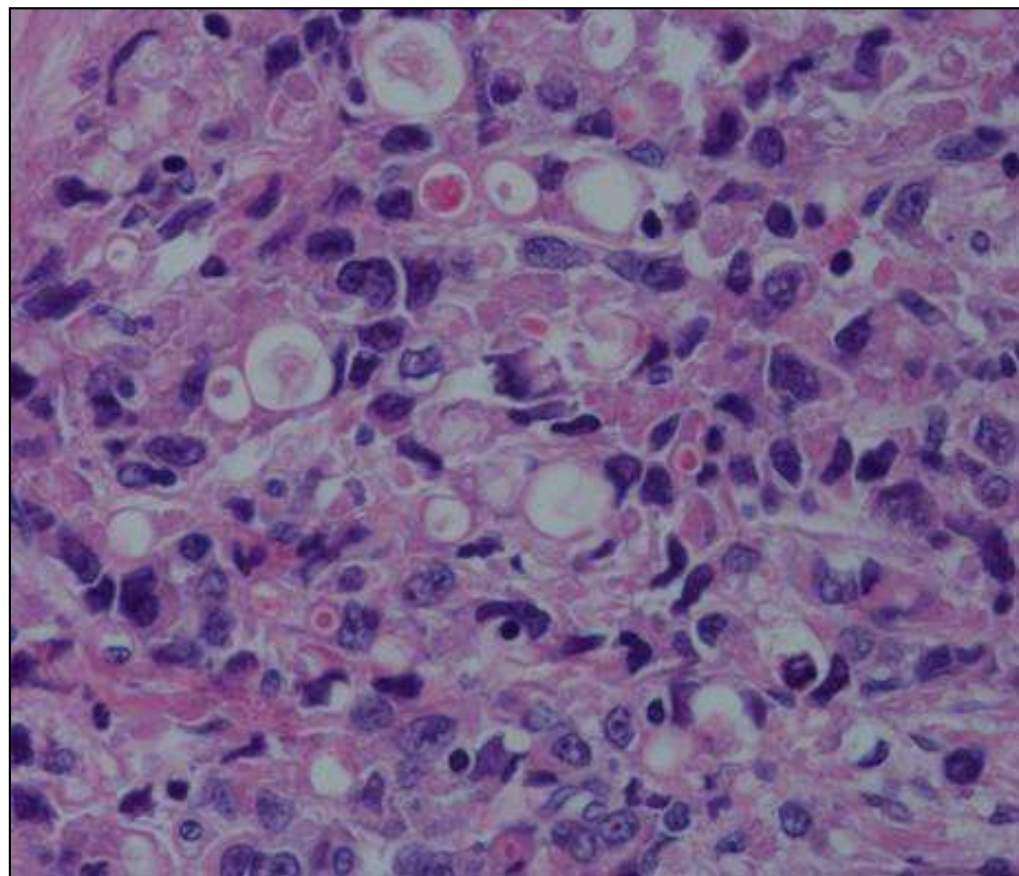


- Quels mécanismes conduisent à cette fonte musculaire et adipeuse ?
 - Éthylisme
 - Cirrhose
 - Pancréatite chronique calcifiée
 - Diabète insuliné
 - Phlébite
 - Néoplasie profonde

Quizz Diagnostic

Linite gastrique





Intervention de
Pr HASSELMANN

Intervention de Dr BOYE

Interventions de
Pr HASSELMANN
Dr STEYER

Messages :

Amaigrissement involontaire

Diminution des apports alimentaires et/ou

Augmentation des besoins énergétiques

- Perte de poids >5% en 1 mois ou >10% en 6 mois
- IMC<21
- Albuminémie < 35 g/l(Protéine C-réactive)
- MNA global <17: **signes d'appel clinique et signe de gravité**
- Signes d'inspection : vêtements, flaccidité de la peau, ecchymoses, ulcères, oedèmes.
- Les « 3 A » signe un auto cannibalisme conduisant à la cachexie par augmentation du métabolisme basal et compétition pour l'utilisation des nutriments

Cachexie

- **Cytokines** produites par l'hôte et la tumeur
- TNF-alpha, IL-1, IL-6, LIF Interféron –gamma: médiateurs de la lipolyse et protéolyse.
- **Facteurs cataboliques** produits par la tumeur
- PMF, LMF
- Anorexie centrale: Leptine/neuropeptide oréxigène NPY
- Altérations du tractus gastro-intestinal
- Satiété précoce

Cachexie/marasme

- Forte déplétion en tissus adipeux et musculaire squelettique, provoqué par une augmentation du métabolisme basal.
- Satiété précoce associée à une activité augmentée de certaines cytokines pro-inflammatoires ou des signaux anorexigènes est observée chez les patients cachectiques.

Amaigrissement / Immunodéficit : cercle vicieux

- Les trois «A» : signe d'appel d'une maladie mais aussi signe de gravité
- Induction d'un Immunodéficit qui conduit à une sensibilité avérée aux infections qui elle-même aggrave les trois « A »

AAA

Modalités de prise en charge nutritionnelle

Les conseils nutritionnels

- Respecter les repères du Programme national nutrition santé (PNNS)
- Augmenter la fréquence des prises alimentaires dans la journée
- Éviter une période de jeûne nocturne trop longue (> 12 heures)
- Privilégier des produits riches en énergie et/ou en protéines et adaptés aux goûts du patient
- Organiser une aide au repas (technique et/ou humaine) et favoriser un environnement agréable

L'enrichissement de l'alimentation

- Il consiste à enrichir l'alimentation traditionnelle avec différents produits de base (poudre de lait, lait concentré entier, fromage râpé, œufs, crème fraîche, beurre fondu, huile ou poudres de protéines industrielles, pâtes ou semoule enrichies en protéines...).
- Il a pour but d'augmenter l'apport énergétique et protéique d'une ration sans en augmenter le volume.

Les compléments nutritionnels oraux

- Ce sont des mélanges nutritifs complets administrables par voie orale, hyperénergétiques et/ou hyperprotidiques, de goûts et de textures variés.
- Les produits hyperénergétiques ($\geq 1,5$ kcal/ml ou g) et/ou hyperprotidiques (protéines $\geq 7,0$ g/ 100 ml ou 100 g, ou protéines ≥ 20 % de l'AET) sont conseillés.
- Ils doivent être consommés lors de collations (à distance d'au moins 2 h d'un repas) ou pendant les repas (en plus des repas).
- L'objectif est d'atteindre un apport alimentaire supplémentaire de 400 kcal/jour et/ou de 30 g/jour de protéines (le plus souvent avec 2 unités/jour).
- Les CNO doivent être adaptés aux goûts du malade, à ses éventuels handicaps.
- Il est nécessaire de veiller à respecter les conditions de conservation (une fois ouvert, 2 h à température ambiante et 24 h au réfrigérateur).

Modalités de prise en charge nutritionnelle

La nutrition entérale (NE)

- **Indications de la NE** : si échec de la prise en charge nutritionnelle orale et en première intention en cas de troubles sévères de la déglutition ou de dénutrition sévère avec apports alimentaires très faibles
- **Mise en route de la NE** : hospitalisation d'au moins quelques jours (mise en place de la sonde, évaluation de la tolérance, éducation du patient et/ou de son entourage)
- **Poursuite de la NE à domicile** : après contact direct entre le service hospitalier et le médecin traitant, mise en place et suivi par un prestataire de service spécialisé, et éventuellement avec une infirmière à domicile ou une HAD si le patient ou son entourage ne peuvent prendre en charge la NE
- **Prescription de la NE** : prescription initiale pour 14 jours, puis prescription de suivi pour 3 mois, renouvelable
- **Surveillance de la NE** : par le service prescripteur et le médecin traitant en se basant sur le poids et l'état nutritionnel, l'évolution de la pathologie, la tolérance et l'observance de la NE et l'évaluation des apports alimentaires oraux

Indications de la prise en charge nutritionnelle

- L'alimentation par voie orale est recommandée en première intention sauf en cas de contre-indication.
- La nutrition entérale (NE) est envisagée en cas d'impossibilité ou d'insuffisance de la nutrition orale.
- La nutrition parentérale est réservée aux trois situations suivantes et mise en œuvre dans des services spécialisés, dans le cadre d'un projet thérapeutique cohérent :
 - les malabsorptions sévères anatomiques ou fonctionnelles ;
 - les occlusions intestinales aiguës ou chroniques ;
 - l'échec d'une nutrition entérale bien conduite (mauvaise tolérance).

ANNEXE 2

Le *Mini Nutritional Assessment Short-Form (MNA-SF®)* d'après Nestlé Nutrition Services, ©Société des Produits Nestlé S.A., Vevey, Suisse, Trademark Owners, 1998.

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : _____ Date : _____
Âge : /__/_/ Poids : /__/_/ kg Taille : /__/_/_/ cm Hauteur du genou : /__/_/ cm

Dépistage (MNA-SF®)

A. Le patient présente-t-il une perte d'appétit ? A-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ?
0 : anorexie sévère ;
1 : anorexie modérée ;
2 : pas d'anorexie

B. Perte récente de poids (< 3 mois)
0 : perte > 3 kg ;
1 : ne sait pas ;
2 : perte de poids entre 1 et 3 kg ;
3 : pas de perte de poids

C. Motricité
0 : du lit au fauteuil ;
1 : autonome à l'intérieur ;
2 : sort du domicile

D. Maladie aiguë ou stress psychologique lors des 3 derniers mois ?
0 : oui ; 2 : non

E. Problèmes neuropsychologiques
0 : démence ou dépression sévère ;
1 : démence ou dépression modérée ;
2 : pas de problème psychologique

F. Index de masse corporelle (IMC) = poids/(taille)² en kg/m²
0 : IMC < 19 ;
1 : 19 ≤ IMC < 21 ;
2 : 21 ≤ IMC < 23 ;
3 : IMC ≥ 23

Score de dépistage (sous-total maximum = 14 points)
12 points ou plus : normal
11 points ou moins : possibilité de malnutrition

Calcul du score MNA *Mini Nutritional Assessment*

Source : ANAES – *Évaluation diagnostique de la dénutrition protéino-énergétique des adultes hospitalisés - 2003*