

Amaigrissement : quel bilan ?

La perte de poids est significative si elle dépasse 5 % du poids du corps en 6 à 12 mois.

Par Jessica Kéchichian, Jean Cabane, service de médecine interne, hôpital Saint-Antoine, AP-HP, 75751 Paris Cedex 12.
jean.cabane@sat.aphp.fr

L'amaigrissement est une perte de poids chez un sujet antérieurement en bonne santé. Elle devient significative dès qu'elle atteint 5 % du poids précédent sur une période de 6 à 12 mois.

Une grande variété de pathologies peuvent être en cause : métaboliques, inflammatoires, tumorales et assez souvent psychiatriques.¹ La crainte est de méconnaître une cause organique, en particulier un cancer éventuellement curable. Parfois l'interrogatoire et l'examen clinique guident la procédure diagnostique, mais certains amaigrissements restent isolés, justifiant des bilans invasifs et coûteux. La hiérarchisation des explorations doit tenir compte de la fréquence des pathologies potentielles et de l'évolution. Aucun diagnostic n'est trouvé dans environ 10 % des cas.² Lorsque l'amaigrissement semble isolé, des examens complémentaires de « débrouillage » sont utiles (encadré).

DÉMARCHE INITIALE

Porter le diagnostic d'amaigrissement

Il faut le distinguer de la maigreur constitutionnelle, qui est l'état stable d'un sujet dont le poids est inférieur à des normes variant avec l'environnement socioculturel, les époques, la mode. On peut arbitrairement retenir pour sa définition médicale un indice de masse corporelle inférieur à 18 kg/m².

L'amaigrissement est une perte de poids de novo, quel que soit le poids initial. Il est pathologique s'il survient en dehors d'un régime hypocalorique médicalement justifié par une surcharge pondérale. Il est important de comparer le poids actuel avec les mesures pondérales relevées antérieurement et de rechercher d'autres éléments objectifs : vêtements devenus trop grands, changement de tour de cou ou de taille, photographies... Il est utile, avec les pesées antérieures, de tracer a posteriori un graphique de poids.

Évaluer les apports alimentaires

Cela nécessite un interrogatoire diététique (qui peut être fait par le médecin ou prescrit sous le terme « inventaire diététique ») : consommation du jour précédent (rappel de 24 heures) et sur une semaine (histoire alimentaire), fréquence de consommation de

certaines aliments.³ On évalue le total calorique entrant et la possibilité de carences. Bien entendu, ce rappel dépend du patient et, s'il est discordant on pourra le confronter aux dires de l'entourage, voire à l'observation directe au cours d'une hospitalisation. En situant le niveau et la nature des ingesta, l'enquête alimentaire précise 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 élective à la viande évoque un processus néoplasique, alors qu'une pseudo-anorexie avec refus actif de se nourrir associé à une distorsion de l'image corporelle est en faveur d'une anorexie mentale.

Interroger et examiner

Le contexte clinique est utile : âge, sexe, antécédents (maigreur familiale ou séquellaire d'une affection antérieure), prise médicamenteuse, conditions de vie, conduites à risque d'IST, statut psychologique...

L'interrogatoire reconstitue l'histoire pondérale afin d'établir

Examens utiles en cas de cause non évidente⁴

- NFS, VS, plaquettes, CRP
- Na, K, Cl, bicarbonates, Ca, P, urée, créatininémie
- Glycémie à jeun
- Transaminases, phosphatases alcalines, taux de prothrombine
- TSH, T4 libre
- Sérologie VIH
- ECBU
- Électrophorèse des protéides évaluant albumine et pré-albumine
- Radiographie du thorax F + P
- Échographie abdominale
- Fibroscopie digestive haute (après 50 ans ou symptomatologie suggestive)
- Dépistage d'une malabsorption : albuminémie, vitamine B12, folates, graisses fécales, test au D-xylose.

l'importance et la cinétique de la perte de poids. Il recherche des signes généraux (fièvre, asthénie, anorexie) et fonctionnels associés (diarrhée, thermophobie, tremblements, sueurs, troubles du caractère). On évalue aussi le comportement et les activités physiques, les préférences alimentaires.

L'examen physique complet recherche un(des) signe(s) d'orientation :

- mesures anthropométriques : le poids (P) en kg et la taille (T) en cm permettent de calculer l'indice de masse corporelle (IMC), c'est-à-dire le rapport P/T^2 . L'épaisseur cutanée tricipitale (ECT) mesure la masse adipeuse ;⁵
- signes cutanés : ictère (pathologie biliopancréatique), pâleur (saignement occulte...), œdèmes (faisant craindre un amaigrissement plus important qu'il n'y paraît), pli cutané (déshydratation), mélanodermie (insuffisance surrénalienne), dépigmentation (pan-hypopituitarisme), myxoedème pré tibial ;
- masse tumorale : palpation abdominale (masse colorectale, hépatosplénomégalie), aires ganglionnaires (p. ex. : ganglion de Troisier), touchers pelviens (tumeurs prostatiques ou gynécologiques)... ;
- goitre homogène ou nodulaire... ;
- anomalies cardiorespiratoires : insuffisance cardiaque ou respiratoire évoluée, tachycardie, signes d'hyperdébit cardiaque (pouls bondissant, souffles) ;
- dans la cavité buccale : troubles de la mastication, édentation, sécheresse buccale ;
- examen neurologique et psychologique : test des fonctions supérieures (MMS), recherche de signes de dépression (auto-dépréciation, tristesse).

ÉTIOLOGIES À ÉVOQUER ²

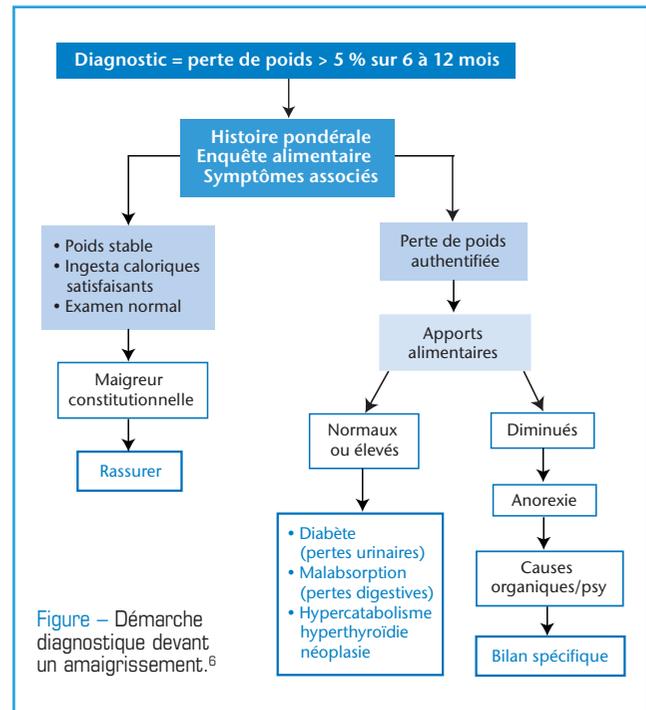
Avec altération de l'état général

Chez les patients atteints de cancer, les mécanismes de l'amaigrissement sont multiples : production de cytokines, douleur, conséquences directes des cancers digestifs et ORL sur la prise alimentaire, augmentation de la consommation d'énergie du fait de la taille de la tumeur, mauvaise tolérance digestive de la chimiothérapie, état dépressif, fièvre...

Toutes les maladies infectieuses peuvent être en cause. Néanmoins, deux prédominent : la tuberculose et l'infection par le VIH. Cette dernière peut s'accompagner d'un amaigrissement important, indépendamment de toute infection opportuniste (*wasting syndrome*). La sérologie VIH doit être proposée de façon systématique, surtout en cas de facteur de risque ou de pathologie opportuniste (mycobactériose, pneumocystose, syndrome de Kaposi, candidose œsophagienne). Dans la tuberculose, l'amaigrissement est classiquement accompagné d'une fébricule vespérale et de sueurs nocturnes, d'anorexie et conservation d'une langue rose, par opposition à d'autres pathologies où elle est saburrale.

Avec perte d'appétit

L'anorexie mentale est suspectée chez une jeune fille affirmant manger exagérément et consultant sous la pression de l'entourage. L'absence de fatigue, l'augmentation de l'activité physique, le déni de l'amaigrissement et de la maigreur, l'aménorrhée, les vomissements autoprovocés et parfois la consommation de laxatifs sont les principaux éléments du diagnostic.



À l'examen clinique, la maigreur est souvent frappante, avec un IMC < 18,5. Nombreux autres signes : déplétion du tissu adipeux, amyotrophie, frilosité, troubles des phanères, acrosyndromes, lanugo, parotidomégalie (surtout si vomissements), bradycardie, hypotension, hypothermie, constipation. Au cours de l'évolution, des fractures de fatigue peuvent survenir (ostéoporose, ostéomalacie).

Dépression. L'anorexie et l'amaigrissement font partie des signes cliniques. Lorsque tous les critères sont présents, il est facile de relier l'amaigrissement à cette affection psychiatrique. Le lien est moins facile à faire lorsque les symptômes de dépression sont frustes, ce qui est souvent le cas chez les personnes âgées.

Le syndrome de glissement survient chez le sujet âgé polyathologique à distance d'une maladie en voie de guérison ou d'un événement perturbant.⁷ Il est marqué par l'anorexie, la dénutrition, un comportement de repli et d'opposition.

Chez un patient alcoolique, l'amaigrissement fait redouter une néoplasie induite par ce toxique. Cependant, l'éthylisme peut, à lui seul, entraîner un amaigrissement par l'anorexie et les carences nutritionnelles induites.⁸

Avec signes associés

Le diabète insulino-prive décompensé s'accompagne d'un amaigrissement important dont le mécanisme est la déshydratation par polyurie osmotique, vomissements et polygnée. Un syndrome polyuropolydipsique est évocateur. La glycosurie est massive et les glycémies en permanence élevées. Chez le diabétique traité, l'amaigrissement traduit soit une insuffisance de traitement soit une augmentation des besoins en insuline (infection intercurrente). La découverte d'un diabète impose la recherche d'une cause pancréatique (pancréatite chronique ou cancer du pancréas). La cétose s'accompagne de gêne épigastrique et de nausées.

À RETENIR

La perte de poids, critère de mauvaise santé, alarme par la gravité de certaines causes (cancers) et par l'importance de la dénutrition exposant à des complications parfois mortelles.

L'interrogatoire avec enquête alimentaire, l'examen clinique et un bilan complémentaire ciblé recherchent une étiologie.

Les causes psychiatriques des amaigrissements apparemment isolés sont plus fréquentes que les causes organiques. Entre 10 et 25 % des amaigrissements sont inexplicables.

Il peut être physiologique chez le sujet âgé.

Un amaigrissement totalement isolé (anamnèse, clinique, explorations normales) sans syndrome inflammatoire associé doit simplement être surveillé.

L'hyperthyroïdie est évoquée sur la thermophobie, la tachycardie, la dyspnée d'effort, le tremblement, les troubles du caractère et la diarrhée motrice. Le diagnostic est confirmé par la coexistence TSH effondrée-élévation des hormones thyroïdiennes.

Le phéochromocytome est à suspecter devant une hypertension artérielle instable ou paroxystique avec parfois hypotension orthostatique et la triade classique : céphalées, sueurs, palpitations.

Dans l'insuffisance surrénalienne, la perte de poids est massive et rapide, s'accompagnant d'une amyotrophie. Les signes évocateurs sont la mélanodermie, l'asthénie, l'hypotension, les troubles digestifs. Les vomissements et les douleurs abdominales font craindre une décompensation aiguë qui aggrave encore l'amaigrissement par déshydratation.

Maladies digestives. Le syndrome de malabsorption est à évoquer devant des selles abondantes, pâteuses, ou diarrhéiques. Cependant, ces signes digestifs sont parfois au second plan et l'amaigrissement domine. Principales causes : la maladie cœliaque, la maladie de Crohn, l'entéropathie exsudative et la pancréatite chronique.

Les grandes défaillances hépatiques, cardiaques, rénales ou respiratoires sont compliquées d'un amaigrissement important qui a une valeur pronostique péjorative. Par exemple, les maladies pulmonaires chroniques avec emphysème évoluent vers la cachexie avec aggravation de l'état respiratoire du fait de l'amyotrophie des muscles respiratoires.



MOYENS THÉRAPEUTIQUES

Dans la maigreur constitutionnelle, il n'y a guère de possibilités, sinon d'encourager la consommation d'une alimentation plus énergétique avec enrichissement des repas et prise de collations. En cas d'amaigrissement anormal 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 des mesures d'accompagnement social, en favorisant la convivialité, en tenant compte des préférences, en préconisant une alimentation diversifiée, en augmentant la palatabilité des plats (sel, aromates et jus de citron) et en maintenant un niveau de boissons suffisant. Les recours aux compléments nutritionnels protéino-énergétiques ou la nutrition assistée permettent de lutter contre la dénutrition.

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

RÉFÉRENCES

1. Amaigrissement. In: Harrison. Principes de médecine interne, 15^e éd. Paris: Médecine-Sciences Flammarion; 2002: 250-2.
2. Massot C, Leduc D. Amaigrissements involontaires isolés. In: Rousset H, Vital-Durand D, Dupond JL, eds. Diagnostics difficiles en médecine interne. Paris: Maloine; 1999: 65-73.
3. Bollag D, Genton L, Pichard C. L'évolution de l'état nutritionnel. Ann Med Interne (Paris)2000;151:575-83.
4. Pavic M, Rousset H. Amaigrissement. Orientation diagnostique. Rev Prat 2005;55:893-8.
5. Anaes. Évaluation diagnostique de la dénutrition protéino-énergétique des adultes hospitalisés. Recommandations professionnelles. Septembre 2003.
6. Amaigrissement, conduite à tenir. Cah Nutr Diet 2001;36(hors série 1):25133-6.
7. Weimann-Péru N, Pellerin J. Le syndrome de glissement : description clinique, modèles psychopathologiques, éléments de prise en charge. Encephale 2010; 36(Suppl 2):D1-6.
8. Pouchot J. Amaigrissement. Rev Prat 2002;52:1963-6.

Que dire à vos patients

- L'amaigrissement est un déséquilibre entre les apports et dépenses énergétiques.
- 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 (de 0,1 à 0,2 kg par an), chez l'homme et la femme.
- Programme National Nutrition Santé : <http://www.mangerbouger.fr/bien-manger>



mangerbouger.fr
Le site de la nutrition santé & plaisir

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.