

Amaigrissement à tous les âges IC-251

- Connaître les quatre principaux mécanismes responsables d'un amaigrissement
 - Connaître les quatre principales causes d'un amaigrissement
 - Savoir porter le diagnostic positif et différentiel d'un amaigrissement
 - Connaître les signes d'une diminution des ingesta
 - Connaître les signes cliniques évocateurs d'une malabsorption et/ou d'une maldigestion
 - Connaître les modalités de prescription des examens de dépistage d'une malabsorption et/ou d'une maldigestion
 - Connaître le raisonnement diagnostique devant un amaigrissement
-

Connaître les quatre principaux mécanismes responsables d'un amaigrissement OIC-251-01-B

Un amaigrissement étant lié à un déséquilibre entre les entrées énergétiques et les sorties énergétiques, il existe **quatre mécanismes physiopathologiques**, parfois intriqués, pouvant conduire à un amaigrissement :

- **La diminution des ingesta (apports alimentaires)** est la cause la plus fréquente. Elle est parfois spontanément reconnue (perte d'appétit, trouble de la déglutition, du goût, de l'odorat, trouble digestifs...), parfois elle est niée (troubles des conduites alimentaires ou méconnue (dépression, trouble de conscience, polymédication). **Même lorsqu'elle est présente, il convient de rechercher les autres mécanismes qui peuvent être associés.**
 - La malabsorption (maladie cœliaque, résection ou maladie inflammatoire de l'intestin grêle) et/ou la maldigestion (gastrectomie, insuffisance pancréatique exocrine notamment par pancréatite).
 - Une augmentation des dépenses énergétiques. De multiples circonstances sont susceptibles d'augmenter la dépense énergétique totale :
 - o La thermorégulation (frisson sudation) ;
 - o Les maladies aiguës (**réactions inflammatoires**, lutte contre l'infection, douleur) ou chroniques, bénignes ou malignes, certains de leur traitement (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie) ;
 - o Les phénomènes de réparation et de cicatrisation (brûlures étendues, chirurgie).
 - Des pertes caloriques et/ou protéiques (glycosurie, syndrome néphrotique, lésions cutanées étendues, entéropathies exsudatives)
-

Connaître les quatre principales causes d'un amaigrissement OIC-251-02-B

Il existe **quatre grandes causes** génériques d'amaigrissement (qui ne sont pas mutuellement exclusives et **peuvent donc être associées**) :

- **Organiques** : un très grand nombre de maladies organiques s'accompagnent d'amaigrissement. Les mécanismes physiopathologiques sont ceux du paragraphe ci-dessus.
- **Psychiatriques** : l'amaigrissement dans ce cas est fréquemment lié à une baisse des ingesta, parfois à une augmentation de l'activité physique ou l'existence de manœuvres de purges (vomissements, prise de laxatifs ou plus rarement de diurétiques).
- **Socio-environnementales** : elles peuvent être liées à une difficulté d'accès aux aliments (famine, pauvreté), ou à une négligence vis-à-vis de l'alimentation (addiction, solitude) ; la distinction avec les causes psychiatriques est parfois difficile à faire.
- **Iatrogènes** : de nombreux médicaments sont susceptibles de diminuer l'appétit (chimiothérapie, morphinique, antidépresseurs, etc.). La **polymédication** est aussi une cause d'amaigrissement (sujet âgé++). Les mises à jeun itératives et les repas sautés pour cause d'examen paramédicaux sont aussi une cause d'amaigrissement durant une hospitalisation.

En dehors de ces causes involontaires et non psychiatriques, **l'amaigrissement peut être volontaire** : baisse des ingesta avec ou sans augmentation de l'activité physique, que cela soit motivé par des raisons médicales (traitement des maladies de surcharge) ou « esthétiques ». L'amaigrissement secondaire à la chirurgie bariatrique de l'obésité est lié à une diminution des ingesta (anneau gastrique et gastrectomie longitudinale) et pour certains montages chirurgicaux à une malabsorption digestive (*bypass gastriques*).

Savoir porter le diagnostic positif et différentiel d'un amaigrissement OIC-251-03-B

Définition

L'amaigrissement est une **perte de poids**. L'amaigrissement témoigne d'un déséquilibre entre les apports et les dépenses énergétiques, il correspond à une perte de masse intracellulaire répartie harmonieusement ou pas.

Diagnostic différentiel

La perte de poids secondaire à un **mouvement hydrique** (fonte œdème des membres inférieur, ponction d'ascite, déshydratation, etc.) ou celle secondaire à l'ablation d'un tissu (amputation, exérèse d'une importante tumeur, etc.) ou à un accouchement n'est pas un amaigrissement.

L'amaigrissement doit aussi être distingué de la maigreur. On peut être maigre sans avoir maigri, c'est principalement le cas de la **maigreur constitutionnelle** : le poids est, et a toujours été, bas et reste stable. Toutefois l'indice de masse corporelle (IMC) est supérieur à 16. Il n'y a pas de retentissement pathologique physique notable

Connaître les signes d'une diminution des ingesta OIC-251-04-A

La diminution des ingesta est par définition une baisse des apports alimentaires par rapport à la situation habituelle. Durant l'interrogatoire, la diminution des ingesta est inconstamment par les patients ou par leur entourage.

Il existe une baisse des ingesta s'il y a un déficit entre les ingesta réels et les besoins estimés pour un individu donné.

Les ingesta peuvent être :

- Calculés par un diététicien au cours d'une **enquête diététique** rétrospective des ingesta de la veille, voire des 3 à 7 derniers jours. Mais cette méthode est chronophage.
- Estimés à l'aide d'une **échelle visuelle ou verbale analogique** (EVA) évaluant les ingesta de la veille (de zéro à 10). Cette méthode peut être utilisée au domicile comme à l'hôpital.
- Estimés en hospitalisation ou en institution de façon **semi-quantitative** par le personnel qui débarrasse les plateaux repas du patient (a tout mangé, a mangé plus de la moitié, à manger moins de la moitié, n'a rien mangé du plateau ou est à jeun).

En cas de troubles des conduites alimentaires la diminution des ingesta est parfois farouchement niée. Il faudra alors vérifier s'il n'y a pas de dissimulation des aliments ou d'action purgative (vomissements notamment).

Connaître les signes cliniques évocateurs d'une malabsorption et/ou d'une maldigestion OIC-251-05-B

La malabsorption et/ou la maldigestion se manifestent habituellement par des selles :

- Trop fréquentes (>3/j) et/ou **abondantes** (>300 g/j),
- De consistances molles ou liquides et/ou **grasses** (stéatorrhée clinique),
- Survenant le plus souvent dans un contexte d'inconfort digestif et de douleurs abdominales.

Au-delà de ces signes, c'est le contexte qui permet le plus souvent d'évoquer ou de suspecter l'existence d'une malabsorption et/ou la maldigestion :

- La **maladie cœliaque** ou intolérance au gluten, est la cause médicale la plus fréquente de malabsorption intestinale, elle se manifeste par des douleurs abdominales et des diarrhées lors de la prise d'aliments contenant du gluten et s'améliorant à l'exclusion de ceux-ci.
 - La maladie de Crohn. En cas d'atteinte sévère, il peut s'y associer une perte de protéines dans la lumière intestinale (entéropathie exsudative).
 - Les diarrhées chroniques (> 300 g de selles/j depuis plus d'un mois), qu'elles soient d'origine infectieuse, tumorale (notamment par tumeur neuro-endocrine) ou post-chirurgicale par résection du grêle (**syndrome du grêle court**).
 - La mucoviscidose, la **pancréatite chronique et les antécédents de chirurgie pancréatique** vont provoquer une des selles grasses, molles ou liquides,
 - Un obstacle à l'excrétion de bile d'origine lithiasique ou tumorale qui entraîne un ictère franc et de selles décolorées
-

Connaître les modalités de prescription des examens de dépistage d'une malabsorption et/ou d'une maldigestion OIC-251-06-B

Il importe de faire pratiquer une **fibroscopie oeso-gastroduodénale avec biopsies**, un **scanner abdominal** (anomalies pancréatiques ?). Dans un deuxième temps enteroscanner ou IRM (suspicion atteinte notamment inflammatoire de l'intestin grêle : maladie de Crohn)

La malabsorption est affirmée sur le **dosage de la stéatorrhée** (> 7 g/24h).

L'insuffisance pancréatique exocrine est affirmée sur un **dosage d'élastase fécale** abaissé.

Une **examen parasitologique des selles** peut être utile.

La clairance de l'alpha1-antitrypsine permet le diagnostic d'une entéropathie exsudative.

La biologie usuelle (hypalbuminémie, diminution du taux de prothrombine...) peut être évocatrice.

Connaître le raisonnement diagnostique devant un amaigrissement OIC-251-07-A

L'amaigrissement est parfois associé à d'autres symptômes mais peut aussi constituer le seul point d'appel. La cause d'un amaigrissement pouvant être une maladie grave et les conséquences d'un amaigrissement aboutissant à une **dénutrition** si l'amaigrissement se poursuit, il est important d'avoir une démarche diagnostique rigoureuse. Outre l'interrogatoire, il est impératif d'avoir une **pesée fiable** du patient.

Chez l'enfant un ralentissement de la courbe de croissance peut précéder la stagnation ou la perte pondérale : une enquête étiologique spécifique (notamment à la recherche de pathologies digestives organiques, de **troubles de l'oralité** ou **des conduites alimentaires**) **doit être réalisé en milieu pédiatrique**.

Chez le sujet âgé, l'amaigrissement est souvent dépressif avec réduction des apports alimentaires, mais doit impérativement faire rechercher une pathologie organique (notamment néoplasique ou inflammatoire), du fait du risque majeur de dénutrition.

A. Examen clinique/interrogatoire

Rechercher une dénutrition (cf question spécifique) ou un point d'appel spécifique

B. Examens paracliniques

A. Bilan paraclinique initial

Examens paracliniques à pratiquer devant un amaigrissement involontaire isolé sans orientation.

Examens biologiques	Hémogramme, plaquettes
	CRP
	Ionogramme, créatinémie, calcémie. Glycémie
	Albumine et transthyrétine (prealbumine)
	Bilan hépatique (transaminases, phosphatases alcalines, γ -GT)
	TSH us
	IDR à la tuberculine ; Sérologie VIH
	Examen de la bandelette urinaire
Imagerie	Radiographie thoracique (ou scanner thoracique)
	Scanner (ou échographie) abdominopelvien
	Radiocinéma de la déglutition (sujet âgé ou pathologies neurologiques)

CRP : *C-reactive protein* ; γ -GT : gamma-glutamyl transpeptidase ; TSH : *thyroid-stimulating hormone* ; IDR : intradermo réaction ; VIH : virus de l'immunodéficience humaine.

B. Examens de dépistage et de diagnostic d'une malabsorption et/ou d'une maldigestion

C. Examens morphologiques

B et C : voir questions spécifiques

C. Raisonnement diagnostique

Les étiologies d'un amaigrissement étant très nombreuses, le raisonnement diagnostique est basé sur l'interrogatoire et l'examen clinique à la recherche des signes évocateurs des quatre mécanismes et quatre causes (Cf. supra).

Une démarche diagnostique est proposée sur la **Figure** et des éléments d'orientation sont indiqués dans le **Tableau**.

En dehors de la quantification des apports alimentaires, les signes digestifs doivent être particulièrement recherchés par l'interrogatoire.

Amaigrissement avec restriction alimentaire non volontaire

1. Amaigrissement en l'absence de signes dépressifs

C'est la situation la plus fréquente et dont la détermination de l'étiologie est parfois difficile.

L'existence d'une fièvre oriente vers une pathologie infectieuse (**tuberculose**), inflammatoire ou un cancer

La fièvre peut également accompagner une maladie inflammatoire, comme une vascularite (notamment la **maladie de Horton chez le sujet âgé**).

Par ailleurs, certains cancers peuvent se traduire par un amaigrissement fébrile. C'est le cas notamment des lymphomes et de certaines tumeurs solides (rein, foie..).

L'absence de fièvre doit faire évoquer une **néoplasie profonde**, souvent digestive (pancréas, estomac, etc.), pour lesquels la symptomatologie peut être pauvre. Une maladie inflammatoire, digestive ou non, est également possible.

2. Amaigrissement avec signes dépressifs

Un syndrome dépressif doit être évoqué comme cause de la perte de poids, tout en sachant que toute dénutrition, quelle qu'en soit la cause, peut s'accompagner d'un état dépressif plus ou moins important. Il s'agit donc d'un **diagnostic d'exclusion** qui nécessite au préalable la recherche d'une cause organique.

Amaigrissement avec restriction alimentaire volontaire

1. Régimes restrictifs

2. Anorexie mentale et troubles des conduites alimentaires

L'anorexie mentale restrictive et les troubles des conduites alimentaires (TCA) s'accompagnent d'une restriction alimentaire mais celle-ci est le plus souvent minimisée, voire niée par la ou le patient(e). **Dans le contexte d'une femme jeune à bilan biologique longtemps normal, il s'agit de la première cause d'amaigrissement.**

Dans ces situations, l'hyperactivité fréquente contraste avec la maigreur. Le déni des troubles (avec **dysmorphophobie**) et le refus de considérer un objectif pondéral dans les limites habituelles de la normale confirment le diagnostic.

3. Amaigrissement avec symptomatologie stomatologique, ORL ou digestive

L'existence d'une dysgeusie, d'une odynophagie, une dysphagie aux solides, de troubles de la déglutition, de fausses routes, conduisent le malade à restreindre volontairement son alimentation. Un examen ORL et/ou une endoscopie digestive haute (gastroscopie) est alors indispensable à la recherche d'une lésion, notamment néoplasique. Les douleurs abdominales et les diarrhées sont les premières causes d'amaigrissement par restriction de l'alimentation chez les patients ayant une pancréatite chronique (le plus souvent sur terrain alcool-tabagique) ou une maladie de Crohn.

Amaigrissement sans restriction alimentaire, voire avec hyperphagie

Ce contexte est le moins fréquent. Les ingesta sont normaux ou élevés, il n'y a pas d'anorexie et l'hyperphagie est inconstante.

Différentes causes sont à évoquer :

- Les causes endocriniennes :
 - o **Diabète insulino-pénique** : recherche d'une polyurie et d'une polydipsie complétée par un examen des urines à la bandelette réactive. Sa survenue au-delà de 50 ans peut être la conséquence d'une pancréatite chronique, mais nécessite la recherche d'un cancer du pancréas (faire réaliser un scanner abdominal).
 - o **Hyperthyroïdie** (TSH effondrée) :.
 - o Plus rarement, phéochromocytomes, maladie d'Addison (insuffisance corticosurrénale) ou insuffisance antéhypophysaire.
- Les causes digestives (dans ce cadre les ingesta peuvent cependant être abaissés)
 - o Parasitoses digestives
 - o Résections intestinales étendues du grêle
- **Les néoplasies (toujours y penser dans ce contexte).**

Principales grandes causes (par pathologies ou contextes) d'amaigrissement et éléments d'orientation diagnostique. Fichier:Etiologies-amaigrissement.pdf

