



Troubles du comportement alimentaire: quelles implications pour l'anesthésiste.

Dr. Anne-Emmanuelle Colas





Définitions

DSM-V 2013, Nouvelles catégories de diagnostic pour tous les âges

- Anorexie Mentale (*anorexia nervosa AN*)
- Boulimie (*bulimia nervosa BN*)
- Boulimie-hyperphagie (*binge-eating disorder BED*)
- Trouble restrictif d'évitement alimentaire (*avoidant/restrictive food intake disorder ARFID*) → non lié à l'image corporelle, répulsion, craintes d'étouffer ou de vomir
- PICA, Mérycisme (*ruminantion*)





Epidémiologie

PEDIATRICS Volume 147, number 1, January 2021:e2020040279

American Academy
of Pediatrics

DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN®

Paediatrics & Child Health, 2024, 29, 454–462
<https://doi.org/10.1093/pch/pxae039>



- Grande hétérogénéité de la prévalence des TCA (0,3% à 23%)
- Depuis 10 ans augmentation de l'incidence dans la population pédiatrique
- Covid 19 : augmentation de l'incidence mondiale et de la gravité des TCA en pédiatrie
- Pas de spécificité d'âge, de genre, d'ethnie, de groupe socioéconomique
- Retard au diagnostic : garçon, prépubère, poids normal, BED
- Populations LGBTQIOA+ ↑Prévalence (transgenres X 10)
- Accroît la morbi-mortalité



Epidémiologie

Troubles alimentaires restrictifs du
nourrisson et du jeune enfant : avantages
d'une consultation conjointe entre pédiatre
et psychologue

Feeding disorders in infants and toddlers: Advantages
of a joint consultation with pediatrician and psychologist

T. Cascales^{a,*}, J.-P. Olives^b

- 30 % des nourrissons présentent des difficultés d'alimentation restrictive
- 2% se transforment en TCA
 - 38 % d'anorexie du nourrisson
 - 5 % d'ARFID
 - 2 % de TCA post-traumatiques
 - 28 % pathologies organiques associées



TCA: Implications pour l'anesthésie

TCA
RESTRICTIFS

AN : ↗ avec l'âge, ADO++
BN: ADO++
ARFID : ENFANT++



MALNUTRITION

TCA
HYPERPHAGIE

BED: ADO+++
BN
Night Eating Syndrome



OBESITE

TCA
AUTRES

PICA, MERYCISME :
ENFANT et PREADO



TROUBLES DIGESTIFS



British Journal of Anaesthesia 112 (2): 246–54 (2014)
Advance Access publication 22 December 2013 · doi:10.1093/bja/aet415

BJA

CME Perioperative management of severe anorexia nervosa

K. Hirose^{1,3*}, M. Hirose⁴, K. Tanaka², S. Kawahito², T. Tamaki¹ and S. Oshita²

Jeune fille 16 ans, ostéosynthèse d'une fracture du tibia secondaire à un trauma minime

- Taille 152,6 cm, poids 20,5 kg, IMC 8,6
- PA : 80/60, FC: 59bpm, T° : 35, 8°C
- ATCD de coma hypoglycémique
- BIO: glycémie 2,8 mmol/l, GB: $1,2 \cdot 10^9$ /l,
 ↗transa amylase cortisol
- Ostéodensitométrie en faveur d'une ostéoporose

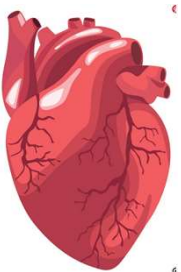
Bilan systématique:

- ECG
- RP
- NFS, Iono, créat Sg et U, BHC, T3
- Ostéodensitométrie



TCA RESTRICTIFS

CARDIO
 Hypotension, Hypo PA orthostatique
 Bradycardie (↗ Parasympathique)
 Arythmie, ↗ QT
 ↘ précharge ↗ RVS ↘ Masse myocardique
 → Dysfonction VG
 Prolapsus mitral
 Vasoconstriction



AN
 ARFID
 BN

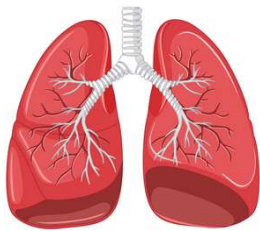


NEURO
 ↘ du volume cérébral
 Tr des fonctions exécutives
 Neuropathie

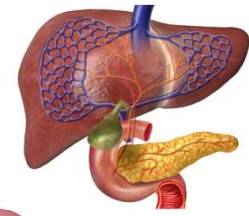
HEMATO
 Aplasie médullaire
 Anémie
 Leucopénie+++
 Déficit Vit K



Malnutrition sévère

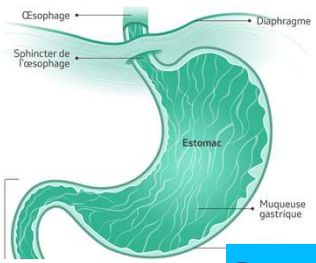


PULM
 Hypoventilation (alcalose métabolique)
 Pneumopathie d'inhalation
 Pneumomédiastin



FOIE
 Hypoglycémie
 Hépatite fulminante
 Insuffisance hépatique

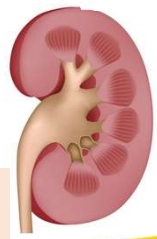
GASTRO
 Retard vidange gastrique
 Dilatation aigüe de l'estomac
 → Ischémie, perforation
 Pince mésentérique
 Œsophagite, Mallory-Weiss, rupture
 Alcalose métabolique



Dents
 Erosion et fragilité
 Caries
 Hypertrophie parotide



OS
 Ostéoporose



REINS
 IRC 72%
 Lithiase
 Désordre hydroélectrolytique
 Déshydratation



TCA restrictifs : Implications pour l'anesthésie

Risques
et causes
de décès

Induction, IOT

Anorexia nervosa: practical implications for the anaesthetist

J.P. van den Berg^{1,*}, H.J. Elgersma^{2,3} and M. Zeillemaker-Hoekstra¹

BJA Education, 23(1): 17–23 (2023)

- **ARRET CARDIAQUE**

Hypokaliémie, allongement du QT → Arythmies → **ACR**

Sensibilité accrue aux drogues pro arythmogènes (Cathécholamines, Prostigmine..)

- **Insuffisance cardiaque congestive**

Hypovolémie chronique et altération FEVG → mauvaise tolérance aux apports

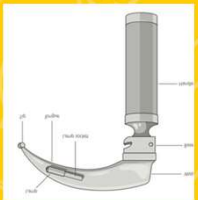
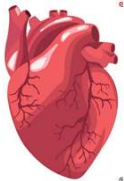
- **Instabilité hémodynamique**

Hypertonie vagale et hyper-adrénergic

- **Intubation à risque:**

Retard vidange gastrique : estomac plein ↗ risque d'inhalation → ISR

Risque de bris dentaire





TCA restrictifs : Implications pour l'anesthésie

Risques
et causes
de décès

Entretien de l'anesthésie

- HYPOGLYCEMIE sévère et profonde → risque de décès

Hypoinsulinisme (malnutrition), si apport glucosé → pic insulinique

- Sepsis sévère : cause principale de décès

Leucopénie, hypothermie (↗ vasoconstriction et ↘immunité)

- Lésions de posture
- Hypothyroïdie (T3 basse) -> dysfonction myocardique et coma myxœdémateux
- Aggravation de l'alcalose par pseudo-hyperventilation lors de la VM



TCA restrictifs : Implications pour l'anesthésie

Risques
et causes
de décès

Entretien de l'anesthésie

- Répartition des tissus et volume de distribution très modifiée
→ Pharmacocinétique et pharmacodynamie altérées → absorption imprévisible
- ↘ métabolisme rénal et hépatique → diminution des mécanismes d'élimination
- IMC < 18,5 modèle mathématique d'AIVOC peu fiable

➤ MONITORER BIS, TOF Dextro, PAS, hémodynamique +++



TCA restrictifs : implications pour l'anesthésie



Jeune fille 16 ans, ostéosynthèse d'une fracture du tibia secondaire à un trauma minime.

Taille 152,6 cm poids 20,5 kg BMI 8,6

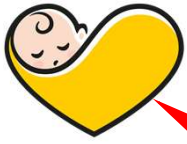
PA : 80/60 FC: 59bpm T° : 35, 8°C

ATCD de coma hypoglycémique

BIO: glycémie 2,8 mmol/l, GB: $1,2 \cdot 10^9$ /l, \nearrow transa amylase cortisol

Ostéodensitométrie en faveur d'une ostéoporose

- Anorexie mentale début dans l'enfance suivie depuis 10 ans
- Devant la gravité, chirurgie reportée pour renutrition



TCA restrictifs : Syndrome de renutrition



Epuisement des stocks d'électrolytes, de minéraux, de vitamines, de protéines, de graisse.

↗ ↗ brutale du GLUCOSE



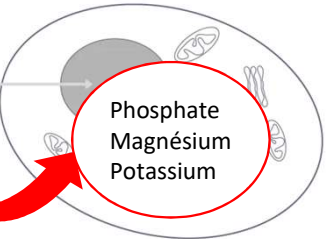
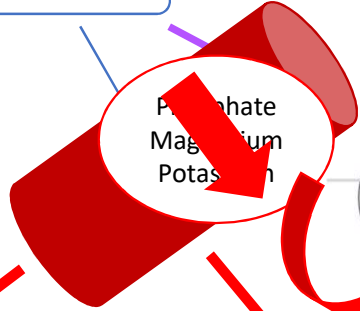
G5% perop Propofol ⚠

↗ GLYCOLYSE

↗ INSULINE

↘ VIT B1= thiamine

↘ Phosphate



LACTATE -> acidose lactique

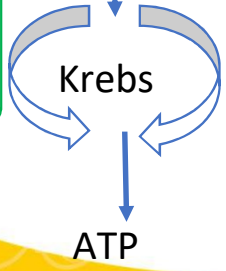
PYRUVATE

HYPOPHOSPHATEMIE

HYPO K, HYPO Mg

↗ HYPOGLYCEMIE

Encéphalopathie de Wernicke
Beriberi



Fatigue musculaire
Paresthésies
Paralyse diaphragmatique
Convulsion
Insuf cardiaque aigüe

Arythmie
Dysfonction VG
ACR

Coma
Décès



TCA restrictifs

Anorexia nervosa: practical implications for the anaesthetist

J.P. van den Berg^{1,*}, H.J. Elgersma^{2,3} and M. Zeillemaker-Hoekstra¹

BJA Education, 23(1): 17–23 (2023)

- Jeune fille 16 ans, ostéosynthèse d'une fracture du tibia secondaire à un trauma minime.

Taille 152,6 cm poids 20,5 kg BMI 8,6

PA : 80/60 FC: 59bpm T° : 35, 8°C

ATCD de coma hypoglycémique

BIO: glycémie 2,8 mmol/l, GB: 1,2 .10⁹ /l, ↗transa amylase cortisol

Ostéodensitométrie en faveur d'une ostéoporose

- Anorexie mentale début dans l'enfance suivie depuis 10 ans
- Devant la gravité chirurgie reportée pour renutrition
- Après 7 mois de vitaminothérapie et renutrition progressive (éviter le syndrome de renutrition) : Poids 27 kg, IMC 11,6 et normalisation du bilan bio
- Reprogrammée pour la chirurgie, AG , pas de complication





Jeune fille 14 ans, douleurs abdo et diarrhées : FOGD et coloscopie sous AG

- TSA, TDAH, RGO, BED, obésité, pré DT2
- TTT psy ***et Sémaglutide depuis 3 mois : 1 mg par semaine***
- Pré- op : arrêt Sémaglutide J-12, consignes de jeûne habituelles, préparation colique, pas de signe de gastroparésie

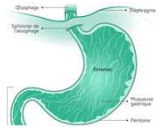
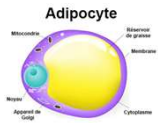


Régulation de la prise alimentaire

Axe Intestin-cerveau

Survenue d'évènements ou traumatismes psychologiques :
Stress, trouble du sommeil, régime,...

- Tr. Pubertaire
- Epiphysiolyse fémorale
- Hyperinsulinisme
- Résistance à la leptine
- Ovaires polykystiques
- SAOS
- Tr. cardiovasculaires (HTA)
- Tr. neurocognitifs
- Inflammation et stress oxydatif
- Stéatose hépatique non OH
- Diabète T2



LEPTINE
Anorexigène

GHRELIN
Orexigène

CORTISOL
Fringale

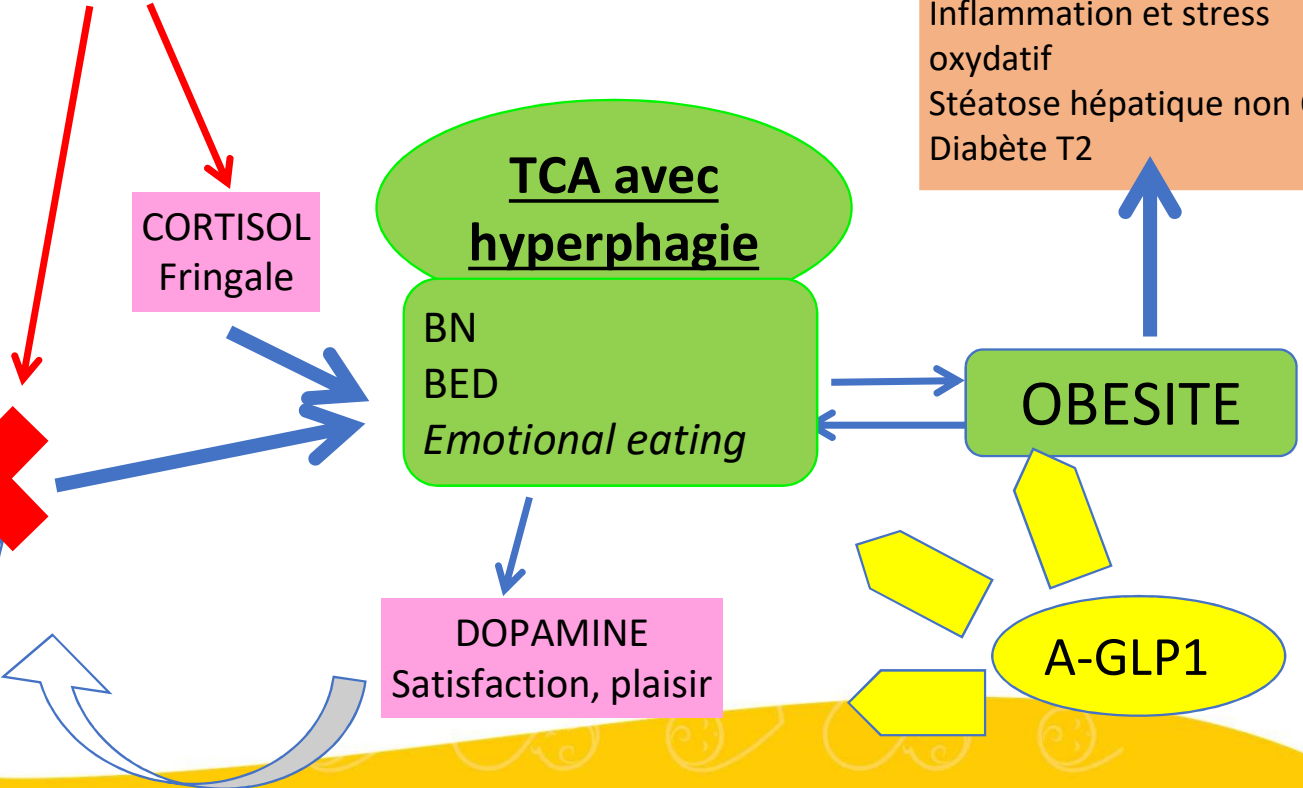
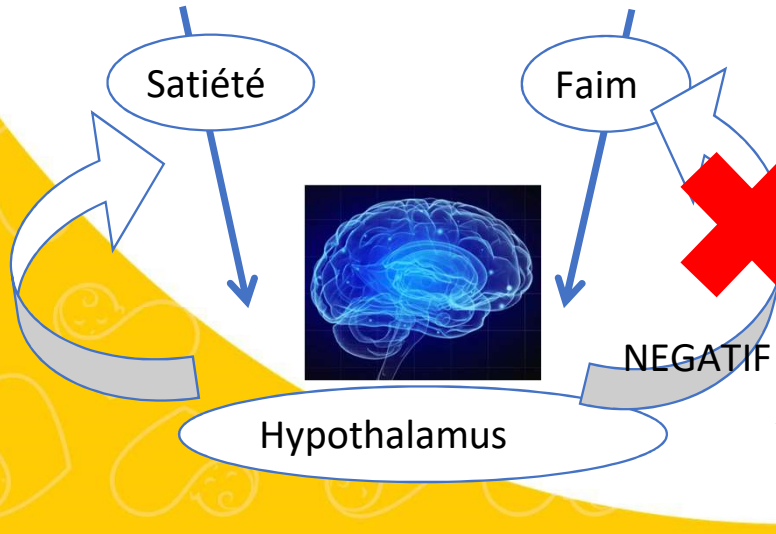
TCA avec hyperphagie

BN
BED
Emotional eating

DOPAMINE
Satisfaction, plaisir

OBESITE

A-GLP1





TCA avec hyperphagie: implications pour l'anesthésie

The dual role of GLP-1 receptor agonists in weight management and eating disorders: Potential benefits and risks

Traitement par analogue du GLP-1:

Aleksandra Leziak^a, Klaudia Kochman^a, Piotr Kocelak^{b,*}

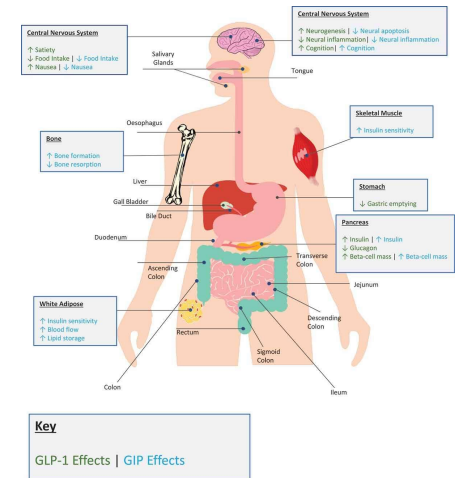
- **Perte de poids :**

↗ de la satiété, ↘ la vidange gastrique, ↘ de la prise alimentaire

- Amélioration des glycémies pré et post-prandiales.
- ↘ comportements compulsifs → ↘BED

Agit sur les voies neuronales de la récompense :

- Action inverse par contrôle excessif de la prise alimentaire
- Troubles digestifs
- Lithiase biliaire, ↗ lipasémie, **pancréatite aiguë** (rare mais grave)





► [Cureus. 2025 Dec 20;17\(12\):e99731. doi: 10.7759/cureus.99731](https://doi.org/10.7759/cureus.99731)

Unanticipated Residual Gastric Contents in an Appropriately Fasted Pediatric Patient on Glucagon-Like Peptide-1 Receptor Agonist Therapy: A Case Report and Review of Perioperative Considerations

Max Lookabaugh^{1*}, Kim M Strupp², Leah Webb²

Jeune fille 14 ans, douleurs abdo et diarrhées : FOGD et coloscopie sous AG

- TSA, TDAH, RGO, BED, obésité, pré DT2
 - TTT psy *et Sémaglutide depuis 3 mois : 1 mg par semaine*
 - Pré- op : arrêt Sémaglutide J-12, consignes de jeûne habituelles, préparation colique, pas de signe de gastroparésie
 - Dans les faits : jeûne solide 32 h, jeûne liquide 10 h
 - Echo gastrique (patient sous a GLP-1)
- **Grade 3 Perlas = estomac plein avec contenu particulière**



TCA avec hyperphagie: implications pour l'anesthésie

Position SFAR/SFD 2025

- **Ne pas arrêter les a-GLP1**
- Faire une échographie gastrique en pré opératoire immédiat
- Si estomac vide : induction classique
- Si estomac plein : ISR ou report de la chirurgie *sans savoir si la prochaine fois l'estomac sera vide*
- Un prokinétique peut être proposé et/ou un régime liquide les 24 h précédentes (cf reco US), ce qui diminue la rétention gastrique
- la cimétidine effervescente n'a pas d'action suffisante si l'estomac est très plein



Jeune garçon de 11 ans, douleurs abdominales intermittentes, vomissements et chute de cheveux depuis 1 an.

- ATCD de PICA (boue) petite enfance.
- RAS en dehors d'une masse épigastrique



Case report

Trichotillomania, Trichophagia and Trichobezoar in a Male Paediatric Patient: A Case Report and Literature Review

Mansoor Ahmed^{*}, Murad Habib, Huma Memon, Rafi Raza Ahmad, Muhammad Anjad Chaudhary

Department of Paediatric Surgery, The Children's Hospital, Pakistan Institute of Medical Sciences, Shaheed Zulfiqar Ali Bhutto Medical University, Islamabad, Pakistan

Trichophagie, trichobézoard

- Principalement chez les adolescentes et adultes jeunes
- Associé fréquemment à des symptômes anxio-dépressifs et /ou des TOC, TDHA



TCA et anesthésie: que retenir?

- Touchent tous les âges
- Retard et/ou absence de diagnostic: TCA évoqués devant une déviation des courbes standards de poids, taille, IMC

➡ **1ere étape: les évoquer, les identifier, les évaluer**

- Evaluer la gravité, report pour PEC pluridisciplinaire
- Environnement sécurisé et bienveillant
- Echo gastrique et ISR au moindre doute
- **MONITORAGE** de l'anesthésie

