

Protocole National de Diagnostic et de Soins (PNDS) Anorexie Mentale à début précoce

Argumentaire

**Centre de référence Maladie Rare Anorexie Mentale à début
Précoce**

Hôpital Robert Debré, AP-HP, Paris

15/07/2022

Cet argumentaire a été élaboré par le centre de référence Centre de référence Maladie Rare
Anorexie Mentale à début Précoce, Hôpital Robert Debré, AP-HP, Paris.
Il a servi de base à l'élaboration du PNDS Anorexie Mentale à début Précoce.
Le PNDS est téléchargeable sur le site du centre de référence

<http://crmerc.aphp.fr/pathologie/anorexie-mentale-enfant/>

Sommaire

Liste des abréviations.....	4
Préambule.....	5
Argumentaire.....	Erreur ! Signet r
1. Introduction	
2. Diagnostic et évaluation initiale	
3 Prise en charge thérapeutique (pharmacologique et autre).....	
4 Suivi	
5 Questions non résolues.....	62
Annexe 1. Recherche documentaire et sélection des articles	
Références bibliographiques	
Annexe 2. Flow chart	
Annexe 3. Liste des participants	
Annexe 4. Définition de l'anorexie mentale	

Liste des abréviations

ALD	Affection de Longue Durée
AM	Anorexie Mentale
AN	Anorexie Mentale (Anorexia Nervosa)
AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
AMP	Anorexie Mentale Prépubère ou Anorexie Mentale à début Précoce
DMO	Densité Minérale Osseuse
FBT	Family Based Therapy
GCP	Good Clinical Practice (Bonnes Pratiques Cliniques)
HAS	Haute Autorité de Santé
HDJ	Hôpital de Jour
HDS	Hôpital de Semaine
HTP	Hospitalisation temps plein
IMC	Indice de Masse Corporelle
ISRS	Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
NEDC	Nutrition Entérale à Débit Continu
OTP	Objectif Thérapeutique de Poids
PFT	Parent-Focused Treatment
PNDS	Protocole National de Diagnostic et de Soins
TCA	Trouble des Conduites Alimentaires
TCC	Thérapie cognitivo-comportementale

Préambule

Le PNDS sur L’Anorexie Mentale à début Précoce a été élaboré selon la « Méthode d’élaboration d’un protocole national de diagnostic et de soins pour les maladies rares » publiée par la Haute Autorité de Santé en 2012 (guide méthodologique disponible sur le site de la HAS : www.has-sante.fr). Le présent argumentaire comporte l’ensemble des données bibliographiques analysées pour la rédaction du PNDS.

Tableau 1. Recommandations de bonnes pratiques						
Auteur, année, référence, pays	Objectif	Stratégie de recherche bibliographique renseignée (oui/non)*	Recueil de l'avis des professionnels (non, oui, lesquels)	Recueil de l'avis des patients (non, oui)	Populations et techniques (ou produits) étudiées	Résultats (avec grade des recommandations si disponible)
Joint German Guideline “Diagnosis and treatment of eating disorders”, German Society for Psychosomatic Medicine and Medical Psychotherapy (DGPM) German Society for Eating Disorders (DGEES) German Society for Child and Adolescent Psychiatry, Psychosomatic Medicine and Psychotherapy (DGKJP) German Association for Psychiatry, Psychotherapy and Neurology (DGPPN) German College for	Critères diagnostiques, Thérapeutiques recommandées, Modalités de soins	oui	oui les sociétés savantes mentionnées dans la liste des auteurs	oui	Enfants, adolescents et adultes, diagnostic et prise en charge thérapeutique de l'anorexie mentale	Principes généraux • Une prise en charge précoce limite le risque de chronicisation (GCP). • Le traitement doit être axé sur le trouble et tenir compte des aspects physiques de la maladie. (GCP). • Les comorbidités doivent être recherchées et prise en charge (GCP). • Informer les patients que le processus de guérison peut s'étendre sur plusieurs mois/années (GCP). • Les prises en charge doivent être réalisées par des équipes spécialisées (GCP). • Une communication étroite est nécessaire entre les différents acteurs de la prise en charge (GCP). • Un objectif thérapeutique central est la normalisation du poids corporel. Le poids cible recommandé est le 25^e percentile de l'IMC pour les adolescents (GCP). • Pour évaluer le risque médical ou les complications physiques, outre l'évolution du poids, d'autres paramètres d'évaluation tels que le bilan biologique et l'examen clinique doivent être réalisés (GCP). • Un suivi actif et régulier est nécessaire (GCP). • Les patients doivent bénéficier d'une prise en charge diététique pour les informer de la quantité et la qualité des aliments nécessaires (GCP). • Les patients présentent un forte ambivalence au changement, un travail motivationnel est nécessaire (EL 1a; A). • La famille doit être informée et impliquée dans la prise en charge (EL Ib; A).

Tableau 1. Recommandations de bonnes pratiques						
Auteur, année, référence, pays	Objectif	Stratégie de recherche bibliographique renseignée (oui/non)*	Recueil de l'avis des professionnels (non, oui, lesquels)	Recueil de l'avis des patients (non, oui)	Populations et techniques (ou produits) étudiées	Résultats (avec grade des recommandations si disponible)
Psychosomatic Medicine (DKPM) German Psychological Society (DGPs), 2021 Allemagne (1)						• Un prise en charge sous contrainte ne doit être utilisée qu'en cas de mise en danger et lorsque les autres interventions ont échoué (GCP). Prise en charge ambulatoire • La prise en charge ambulatoire de première intention doit s'appuyer sur des prises en charges validées : la thérapie familiale chez l'enfant (ELib; B). [Note: Dans les recommandations allemandes de psychothérapie, seule la psychothérapie psychodynamique, la thérapie cognitivo-comportementale et la psychothérapie systémique sont des méthodes approuvées dans la prise en charge des "troubles des conduites alimentaires"] • Les conseils nutritionnels sont nécessaires non seulement lors de la prise en charge initiale mais aussi lors du suivi (EL 2b; B). • Dans le cadre d'un traitement ambulatoire, une prise de poids de 200 à 500 mg/semaine est fortement recommandée. Une certaine flexibilité à cet égard est possible (GCP). • Avant une psychothérapie ambulatoire, les conditions générales du traitement doivent être discutées avec le patient et sa famille : par exemple, les modalités de pesée, la procédure en cas de perte de poids, la fréquence du suivi avec le médecin généraliste, le pédiatre, le gynécologue... (GCP). • La prise en charge ambulatoire a pour objectif la normalisation des conduites alimentaires et du poids, ainsi que le travail sur les problèmes psychologiques et psychosociaux associés (GCP). • Au décours d'une prise en charge psychothérapeutique ambulatoire, des

Tableau 1. Recommandations de bonnes pratiques						
Auteur, année, référence, pays	Objectif	Stratégie de recherche bibliographique renseignée (oui/non)*	Recueil de l'avis des professionnels (non, oui, lesquels)	Recueil de l'avis des patients (non, oui)	Populations et techniques (ou produits) étudiées	Résultats (avec grade des recommandations si disponible)
						rendez-vous de suivi doivent être maintenus. Ces rendez-vous doivent avoir lieu à intervalles réguliers sur une période d'au moins un an, avec pour objectif de maintenir le résultat du traitement et prévenir la rechute (GCP). • Si l'évolution se détériore ou stagne au cours de la psychothérapie ambulatoire, des options de traitement plus intensives doivent être proposées (Hospitalisation temps plein, HDS, HDJ) (GCP). Prise en charge en hospital de jour • Indication (GCP): - En relais d'une hospitalisation temps plein pour préparer progressivement le retour au domicile. - En intensification du traitement ambulatoire pour les patients motivés, sans comorbidité et ne présentant qu'une insuffisance pondérale modérée (> 3e percentile d'âge de l'IMC) - Chez les patients présentant une évolution chronique et des séjours hospitaliers répétés, afin d'améliorer l'intégration sociale et structurer le quotidien. • La poursuite de la prise en charge en hôpital de jour après stabilisation afin de proposer une continuité des soins spécialisés si elle implique la famille à la prise en charge. (EL 1b; A). Prise en charge en hospitalisation • Critères d'hospitalisation temps plein (GCP): - perte de poids rapide (> 20 % sur les 6 derniers mois)

Tableau 1. Recommandations de bonnes pratiques						
Auteur, année, référence, pays	Objectif	Stratégie de recherche bibliographique renseignée (oui/non)*	Recueil de l'avis des professionnels (non, oui, lesquels)	Recueil de l'avis des patients (non, oui)	Populations et techniques (ou produits) étudiées	Résultats (avec grade des recommandations si disponible)
						– dénutrition sévère (IMC < 3ème percentile pour l'âge et le sexe) – perte de poids prolongée ou reprise de poids insuffisante sur les 3 derniers mois lors de la prise en charge ambulatoire – facteurs sociaux ou familiaux qui entravent fortement le processus de guérison (par exemple, isolement social, situation familiale problématique, soutien social insuffisant) – comorbidité psychiatrique sévère – risque suicidaire – conduites de purge/prise de laxatifs/activité physique pathologique qui ne peut pas être réglée en ambulatoire – risque physique ou complication – faible reconnaissance du caractère pathologique du trouble – rupture de ressources familiales (échec de la mise en place du cadre lors des repas, surveillance des prises alimentaire insuffisante) - nécessité d'une prise en charge hospitalière pluridisciplinaire • La prise en charge hospitalière doit être réalisée dans des structures spécialisées pluridisciplinaires (EL 4; A). • Les prises en charge suivante doivent être réalisées dans une structure spécialisée et habituée à prendre en charge des patients avec des troubles des conduites alimentaires (GCP): – Psychothérapie individuelle et de groupe – Prise en charge nutritionnelle et diététique – Interventions ciblées sur le comportement alimentaire, le poids, l'exercice physique adapté (supervision des repas, objectifs clairs de reprise pondérale

Centre de référence Maladie Rare Anorexie Mentale à début Précoce

Hôpital Robert Debré, AP-HP, Paris. 15/07/2022

Tableau 1. Recommandations de bonnes pratiques						
Auteur, année, référence, pays	Objectif	Stratégie de recherche bibliographique renseignée (oui/non)*	Recueil de l'avis des professionnels (non, oui, lesquels)	Recueil de l'avis des patients (non, oui)	Populations et techniques (ou produits) étudiées	Résultats (avec grade des recommandations si disponible)
						et de cible de poids) – Entretien médicaux réguliers avec psycho-éducation sur la trajectoire staturo-pondérale – Thérapie à médiation corporelle et activité sportive adaptée si nécessaire – Intégration de la famille à la prise en charge • De façon générale lors du traitement hospitalier l'objectif recherché doit être la restauration pondérale (le 25ème percentile d'IMC pour l'âge et le sexe ou au moins le 10ème percentile). Cependant une cible individualisée peut aussi être fixée en tenant compte de facteurs individuels comme la durée de la maladie et la trajectoire d'IMC prémorbide. (GCP). • Une reprise pondérale hebdomadaire de 500g à 1kg/semaine est fortement recommandée (GCP). • Les patients doivent être pesés régulièrement (généralement 1-3x/semaine) le matin à jeun, à la même heure et en vêtements légers (sous-vêtements) (GCP). • Une période de stabilisation pondérale en fin d'hospitalisation est recommandée afin de réduire le risque de rechute. Un travail de transition progressif avec la sortie doit être réalisé (EL 4; B). • Une communication et une collaboration avec les équipes de soin ambulatoire doit être réalisée pour limiter le risque de rechute à la sortie d'hospitalisation (CGP). Les groupes post-hospitaliers et les médiations thérapeutiques informatiques peuvent être bénéfique pour faciliter la transition (EL 4; B). La réintégration dans le milieu scolaire doit être recherchée (GCP).

Tableau 1. Recommandations de bonnes pratiques						
Auteur, année, référence, pays	Objectif	Stratégie de recherche bibliographique renseignée (oui/non)*	Recueil de l'avis des professionnels (non, oui, lesquels)	Recueil de l'avis des patients (non, oui)	Populations et techniques (ou produits) étudiées	Résultats (avec grade des recommandations si disponible)
						• Un suivi psychothérapeutique ambulatoire est indiqué en relais d'une hospitalisation temps plein, le suivi en thérapie familiale est recommandé (EL 2a; A) Traitements médicamenteux • Les traitements neuroleptiques et ISRS ne doivent pas être prescrit dans la seule indication de reprise pondérale (EL 1a; A). • Si les pensées sont exclusivement centrée sur les préoccupations pondérales et corporelles, et que l'hyperactivité physique problématique ne peut être contrôlée, l'utilisation de traitement neuroleptiques à faible dose peut être indiquée (olanzapine essentiellement) (EL 2a; O)). Les traitements avec de faibles effets extra-pyramidaux doivent être privilégiés. L'indication du traitement doit être limitée à la durée des symptômes (pas de traitement à long terme) et ne s'applique que dans le cadre du plan de traitement global. Le patient doit être informé de la nature de l'utilisation hors AMM (GCP). Prise en charge nutritionnelle • Si la surveillance médicale est suffisante, une réalimentation initiale avec un régime à faible calorie pour prévenir le syndrome de renutrition inapproprié n'est pas nécessaire (EL 2a). L'apport calorique initial doit permettre une reprise de poids suffisante en surveillant la tolérance du patient (GCP). • L'apport énergétique nécessaire à la reprise pondérale est variable et doit être adapté de façon individuel et réévalué régulièrement (GCP).

Tableau 1. Recommandations de bonnes pratiques						
Auteur, année, référence, pays	Objectif	Stratégie de recherche bibliographique renseignée (oui/non)*	Recueil de l'avis des professionnels (non, oui, lesquels)	Recueil de l'avis des patients (non, oui)	Populations et techniques (ou produits) étudiées	Résultats (avec grade des recommandations si disponible)
						• La réalimentation des patients sévèrement dénutris doit être réalisée en milieu hospitalier, avec une surveillance médicale étroite (biologique, paramètres cardiaques/circulatoires, bilan hydrique) (GCP). • Pour assurer un apport alimentaire suffisant, en particulier au début du traitement, les compléments nutritionnels oraux peuvent être utilisés (EL 3; O). Il convient d'utiliser des produits adaptés à une nutrition complète, c'est-à-dire qui contiennent tous les composants d'une alimentation normale en quantités équilibrées. • Si l'alimentation orale est insuffisante, une alimentation parentérale par NEDC est indiquée (GCP). • Lors de dénutrition sévère, une supplémentation en phosphore est indiquée avec contrôle de la phosphorémie. La fonction rénale doit également être contrôlée (CGP). • La kaliémie doit être contrôlée. Une hypokaliémie doit faire réaliser un ECG pour rechercher un retentissement cardiaque et être supplémentée par voie orale (GCP). • Une hypo-hypernatrémie doit d'abord être compensée par la normalisation de l'équilibre hydrique et un apport en sodium adapté dans l'alimentation. Lorsqu'une supplémentation en sodium est nécessaire, elle doit être modérée et ne pas dépasser une augmentation de la natrémie de 6mmol/jour (GCP). • Dans les dénutritions sévères la supplémentation préventive en vitamine B1 peut être proposée (GCP).

Tableau 1. Recommandations de bonnes pratiques						
Auteur, année, référence, pays	Objectif	Stratégie de recherche bibliographique renseignée (oui/non)*	Recueil de l'avis des professionnels (non, oui, lesquels)	Recueil de l'avis des patients (non, oui)	Populations et techniques (ou produits) étudiées	Résultats (avec grade des recommandations si disponible)
						• La supplémentation en fer n'est indiquée que devant une anémie ferriprive (ferritinémie basse) (GCP). • En cas de carences vitaminiques (notamment thiamine [B1], riboflavine [B2], niacine [B3], acide folique [B9]) et vitamine D), une substitution vitaminique est indiquée (GCP).
Hornberger et al., Identification and Management of Eating Disorders in Children, American Academy of Pediatrics, 2021 and Adolescents (2)	Critères diagnostiques, Thérapeutiques recommandées, Modalités de soins	non	oui les sociétés savantes mentionnées dans la liste des auteurs	non	Enfants, adolescents, prise en charge thérapeutique de l'anorexie mentale et des autres TCA	• Critères d'hospitalisation (la présence d'un seul critère suffit à poser l'indication) : 1. < 75% de l'IMC médian pour l'âge et pour le sexe (le pourcentage de l'IMC médian étant calculé ainsi : IMC du patient/50ème percentile d'IMC pour l'âge et pour le sexe dans la population de référence x 100) 2. Déshydratation 3. Perturbation hydro-électrolytique ((hypokaliémie, hyponatrémie, hypophosphatémie) 4. Anomalies à l'ECG (par exemple, QTc allongé ou bradycardie sévère) 5. Complication physiologiques : a. Bradycardie sévère (FC ,<50 battements par minute le jour ; ,<45 battements par minute la nuit) ; b. Hypotension (90/45 mmHg); c. Hypothermie (température corporelle < 35,6 C) d. Hypotension orthostatique (Augmentation de la fréquence cardiaque

Tableau 1. Recommandations de bonnes pratiques						
Auteur, année, référence, pays	Objectif	Stratégie de recherche bibliographique renseignée (oui/non)*	Recueil de l'avis des professionnels (non, oui, lesquels)	Recueil de l'avis des patients (non, oui)	Populations et techniques (ou produits) étudiées	Résultats (avec grade des recommandations si disponible)
						orthostatique de 20 battements par minute ou diminution de la TA de 20 mmHg systolique ou de 10 mmHg diastolique). 6. Arrêt de la croissance et du développement 7. Échec du traitement ambulatoire 8. Refus aigu de s'alimenter 9. Prises alimentaires ou conduites de purge incontrôlables 10. Complications médicales aiguës de la malnutrition (par exemple, syncope, convulsions, insuffisance cardiaque, pancréatite, etc.) 11. Comorbidité médicale ou psychiatrique qui contre-indique ou limite le traitement ambulatoire (par exemple, dépression grave, idées suicidaires, troubles obsessionnels compulsifs sévère, diabète de type 1, etc.) • La cible pondérale est souvent exprimée sous forme d'une fourchette de poids. L'objectif de poids est individualisé et doit tenir compte de l'âge, de la taille, de la trajectoire staturo-pondérale prémorbide, et du stade pubertaire. • L'apport calorique initial doit être démarré à 1400kcal ou plus afin d'obtenir une prise de poids de 1 à 2kg par semaine. Le recours à NEDC est nécessaire si les objectifs nutritionnels ne sont pas atteints par voie orale. • Une supplémentation en calcium et vitamine D peuvent être nécessaires pour fournir les apports quotidiens recommandés (calcium : 1000 mg/j de 4–8 ans, ou 1300 mg de 9–18 ans ; vitamine D : 600 IU/j de 4–18 ans). • Les traitements par ISRS n'ont pas montré leur efficacité chez les patients

Tableau 1. Recommandations de bonnes pratiques						
Auteur, année, référence, pays	Objectif	Stratégie de recherche bibliographique renseignée (oui/non)*	Recueil de l'avis des professionnels (non, oui, lesquels)	Recueil de l'avis des patients (non, oui)	Populations et techniques (ou produits) étudiées	Résultats (avec grade des recommandations si disponible)
						dénutris, ils n'ont pas non plus montré leur efficacité dans la prévention de la rechute après restauration pondérale dans les essais thérapeutiques. Les traitements neuroleptiques ont également été étudiés (notamment la quetiapine, le Risperdal ou l'olanzapine), les résultats ne montrent qu'un bénéfice limité sur la prise de poids et l'amélioration des cognitions anorexiques. Des travaux préliminaires de potentialisation de l'effet des ISRS par un traitement antipsychotique chez l'adulte ont montré des résultats encourageants. • La supplémentation en œstrogènes sous forme de pilules contraceptives orales combinant œstrogène et progestérone n'est pas efficace pour augmenter la DMO chez les adolescents atteints d'AN. De petits essais avec des œstrogènes transdermiques ou avec des pilules contraceptives orales combinées à faible dose de déhydroépiandrostérone ont montré un effet positif sur la DMO par rapport aux contrôles, toutefois la réplication de ces études est nécessaire avant leur utilisation en soin courant. • La thérapie familiale est la première approche de prise en charge recommandée chez l'enfant
Jennifer Couturier et al., Canadian practice guidelines for the treatment of children	Prise en charge thérapeutique des TCA de l'enfant et de l'adolescent	oui	oui	oui	Enfants, adolescents, prise en charge thérapeutique de l'anorexie	• Fort niveau de recommandation en faveur d'une prise en charge initiale en ambulatoire et pour l'indication de la thérapie familiale • Faible niveau de recommandation en faveur de la thérapie multifamiliale, la TCC, la thérapie centrée sur l'adolescent, les prises en

Tableau 1. Recommandations de bonnes pratiques						
Auteur, année, référence, pays	Objectif	Stratégie de recherche bibliographique renseignée (oui/non)*	Recueil de l'avis des professionnels (non, oui, lesquels)	Recueil de l'avis des patients (non, oui)	Populations et techniques (ou produits) étudiées	Résultats (avec grade des recommandations si disponible)
and adolescents with eating disorders, 2020, Canada (3)					mentale et des autres TCA	charges alternatives comme le Yoga ou les traitements par neuroleptiques atypiques
Danish Health Authority, National Clinical Guideline for the treatment of Anorexia Nervosa, 2019, Danemark (4)	Thérapeutiques et Modalités de soins recommandées	oui	oui les sociétés savantes mentionnées dans la liste des auteurs	oui	Enfants, adolescents et adultes, prise en charge thérapeutique de l'anorexie mentale	⊕⊕⊕ Fort niveau de recommandation ⊕ Faible niveau de recommandation Principes généraux • La thérapie familiale est indiquée en première intention (⊕⊕). • Les prises en charges initiales en groupe ou en individuel peuvent être indiquées (⊕). • La prise en charge doit être axée sur les principaux symptômes de l'anorexie chez les enfants et les adolescents (⊕⊕). • Il est recommandé d'établir des objectifs spécifiques de prise de poids • Il est recommandé de cibler une restauration de la trajectoire d'IMC pré-moride, ou si elle n'est pas connue cible une restauration au 50 percentile d'IMC pour l'âge et le sexe. La puberté et les menstruations doivent être normalisés. • Un accompagnement thérapeutique lors des repas et une psycho-éducation sur l'alimentation sont indiqués • Une activité physique supervisée peut être envisagée lors de la phase de

Tableau 1. Recommandations de bonnes pratiques						
Auteur, année, référence, pays	Objectif	Stratégie de recherche bibliographique renseignée (oui/non)*	Recueil de l'avis des professionnels (non, oui, lesquels)	Recueil de l'avis des patients (non, oui)	Populations et techniques (ou produits) étudiées	Résultats (avec grade des recommandations si disponible)
						reprise de poids en complément de la prise en charge habituelle ($\oplus$). - En l'absence d'amélioration clinique (absence de prise de poids) après 1 à 2 mois de prise en charge ambulatoire, la prise en charge doit être réévaluée avec le patient et sa famille et intensifiée - Un relais ambulatoire ou en hôpital de jour est recommandé en relais de l'hospitalisation temps plein dès lors que le patient est autonome sur le plan de l'alimentation et qu'il a initié sa reprise de poids ($\oplus\oplus\oplus$)
Diagnostic de la dénutrition de l'enfant et de l'adulte, HAS, 2019 (5)	Diagnostic de la dénutrition	oui	oui les sociétés savantes mentionnées dans la liste des auteurs	oui	Enfant et adulte, diagnostic de la dénutrition	Critères de dénutrition sévère : - IMC $\leq$ courbe IOTF 17 ; perte de poids $> 10\%$ en 1 mois ou $> 15\%$ en 6 mois par rapport au poids habituel avant le début de la maladie - stagnation pondérale aboutissant à un poids situé au moins 3 couloirs (représentant 3 écart-types) en dessous du couloir habituel - infléchissement statural (avec perte d'au moins un couloir par rapport à la taille habituelle). L'observation d'un seul critère de dénutrition sévère suffit à qualifier la dénutrition de sévère

Tableau 1. Recommandations de bonnes pratiques						
Auteur, année, référence, pays	Objectif	Stratégie de recherche bibliographique renseignée (oui/non)*	Recueil de l'avis des professionnels (non, oui, lesquels)	Recueil de l'avis des patients (non, oui)	Populations et techniques (ou produits) étudiées	Résultats (avec grade des recommandations si disponible)
Mark L. Norris, Jacqueline D. Hiebert, Debra K. Katzman; Société canadienne de pédiatrie, Comité de la santé de l'adolescent, Paediatr Child Health 2018	L'établissement d'objectifs thérapeutiques de poids pour les enfants et les adolescents atteints d'anorexie mentale	non	Oui, Le comité de la santé mentale et des troubles du développement, le comité de nutrition et de gastroentérologie et le comité de la pédiatrie communautaire de la	non	Enfants et adolescents	L'établissement d'un OTP (objectif thérapeutique de poids) pour un enfant ou un adolescent atteint d'AM est un processus itératif qui exige de comprendre les publications fondées sur les données probantes et les consensus d'experts et d'y ajouter le jugement clinique. De multiples facteurs orientent le processus, mais il est essentiel d'accorder une attention personnalisée au patient, particulièrement aux poids, aux tailles, aux percentiles d'IMC et aux courbes de croissance pédiatriques observés pendant la période pré-morbide. Puisque les enfants et les adolescents sont en croissance, il faut réévaluer les OTP régulièrement, en fonction de l'évolution du traitement, tous les 3 à 6 mois.

Tableau 1. Recommandations de bonnes pratiques						
Auteur, année, référence, pays	Objectif	Stratégie de recherche bibliographique renseignée (oui/non)*	Recueil de l'avis des professionnels (non, oui, lesquels)	Recueil de l'avis des patients (non, oui)	Populations et techniques (ou produits) étudiées	Résultats (avec grade des recommandations si disponible)
			Société canadienne de pédiatrie			
Eating disorders: recognition and treatment, NICE, 2017, last updated 2020 (6)	Critères diagnostiques, Thérapeutiques recommandées, Modalités de soins chez les patients hospitalisés pour troubles des conduites alimentaires	oui	oui les sociétés savantes mentionnées dans la liste des auteurs	non	Enfants, adolescents, adultes prise en charge thérapeutique de l'anorexie mentale et des autres TCA	Prise en charge initiale • La décision de prise en charge appropriée (ambulatoire ou hospitalisation) doit tenir compte de l'étayage parental • La thérapie familiale est indiquée seule ou en association à une thérapie individuelle et/ou une thérapie multi-familiale. Si la mise en place d'une thérapie familiale n'est pas possible, la TCC ou la thérapie centrée sur l'adolescent sont indiquées Puberté et minéralisation osseuse • L'ostéodensitométrie est indiquée après 1 an d'insuffisance pondérale ou plus tôt selon la survenue de douleurs osseuses ou de fracture. La supplémentation oestrogénique (orale ou transdermique) n'est pas indiquée de façon systématique dans le traitement de l'ostéopénie Le traitement transdermique par 17-β-estradiol (avec progestérone cyclique) chez les jeunes femmes de 13 à 17 ans avec un IMC bas depuis une longue durée, une faible densité minérale osseuse et un âge osseux <i>supérieur</i> à 15 ans peut être indiqué.

Tableau 1. Recommandations de bonnes pratiques						
Auteur, année, référence, pays	Objectif	Stratégie de recherche bibliographique renseignée (oui/non)*	Recueil de l'avis des professionnels (non, oui, lesquels)	Recueil de l'avis des patients (non, oui)	Populations et techniques (ou produits) étudiées	Résultats (avec grade des recommandations si disponible)
						Des doses progressives d'oestrogène peuvent être indiquées chez les jeunes femmes de 13 à 17 ans avec un retard pubertaire, un IMC bas depuis une longue durée, une faible densité minérale osseuse et un âge osseux inférieur à 15 ans.
Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders, Australia and New Zealand, 2014 (7)	Evaluation de la sévérité clinique, Thérapeutiques recommandées, Modalités de soins	oui	oui	oui	Enfants, adolescents, adultes, prise en charge thérapeutique de l'anorexie mentale et des autres TCA	Prise en charge en hospitalisation temps plein • Une hospitalisation temps plein est indiquée pour prendre en charge les complications médicales (hypothermie, hypotension, anomalies électrolytiques et troubles du rythme cardiaque) • La poursuite de la renutrition en hospitalisation temps plein après stabilisation médicale n'est pas étayée par les données actuelles de la science • Le recours à la NEDC permet de s'assurer d'une prise calorique suffisante, limite le risque d'hypoglycémie et de perturbations hydro-électrolytiques • En l'absence de vitesse optimale de renutrition (orale ou parentérale) : la réalimentation doit être réalisée avec prudence, la ration cible doit être obtenue en 5 à 7 jours • Les courbes d'IMC doivent être utilisées pour déterminer la cible de poids Prise en charge psychothérapeutique • La thérapie familiale est la prise en charge indiquée en première intention • La thérapie individuelle peut être proposée lorsqu'une thérapie familiale n'est pas réalisable ou chez les adolescents

Tableau 1. Recommandations de bonnes pratiques						
Auteur, année, référence, pays	Objectif	Stratégie de recherche bibliographique renseignée (oui/non)*	Recueil de l'avis des professionnels (non, oui, lesquels)	Recueil de l'avis des patients (non, oui)	Populations et techniques (ou produits) étudiées	Résultats (avec grade des recommandations si disponible)
						Traitements médicamenteux • Preuves insuffisantes pour recommander des médicaments psychotropes. L'utilisation de médicaments anxiolytiques ou antidépresseurs à visée symptomatique doit être effectuée avec prudence. Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) ne sont pas indiqués dans les stades aigus ou en traitement au long court dans l'anorexie
Junior MARSIPAN: Management of Really Sick Patients under 18 with Anorexia Nervosa, Royal College of Psychiatrists London, 2012 (8)	Evaluation de la sévérité clinique, Thérapeutiques recommandées, Modalités de soins dans les formes sévères d'anorexie mentale chez les moins de 18 ans	oui	oui les sociétés savantes mentionnées dans la liste des auteurs	non	Enfants, adolescents, prise en charge thérapeutique de l'anorexie mentale sévère	Critères d'hospitalisation temps plein - Correction des perturbations hydro-électrolytiques par voie veineuse - Sauvetage nutritionnel - Prise en charge des complications physiques sévères de la dénutrition - Prise en charge des comorbidités Prise en charge nutritionnelle - Les apports alimentaires initiaux ne doivent pas être inférieurs aux apports avant l'admission - Chez la plupart des patients, démarrer la reprise alimentaire au minimum à 20 kcal/kg/j soit environ 1000 kcal par jour pour un adolescent ou en proposant des demies ou des quarts de portion - Surveillance de l'équilibre hydro-électrolytique et de l'état clinique - Transfert en unité pédiatrique si phosphorémie < 0,4mmol/l - Chez les patients les plus à risque en milieu pédiatrique, il peut être

Centre de référence Maladie Rare Anorexie Mentale à début Précoce

Hôpital Robert Debré, AP-HP, Paris. 15/07/2022

Tableau 1. Recommandations de bonnes pratiques						
Auteur, année, référence, pays	Objectif	Stratégie de recherche bibliographique renseignée (oui/non)*	Recueil de l'avis des professionnels (non, oui, lesquels)	Recueil de l'avis des patients (non, oui)	Populations et techniques (ou produits) étudiées	Résultats (avec grade des recommandations si disponible)
						indiqué d'initier les apports caloriques à 5-10 kcal/kg/j, en particulier en présence de signes de gravité (anomalies à l'ECG, signes d'insuffisance cardiaque, anomalies hydro-électrolytiques avant la renutrition, très faible poids d'entrée, comorbidités médicales telles qu'un diabète ou une infection) - Si des apports caloriques initiaux faibles sont réalisés (5-10 kcal/kg/jour), un examen clinique et biochimique doit être effectué deux fois par jour au début, les calories doivent être augmentées par paliers, sauf en cas de contre-indication, jusqu'à obtenir une vitesse de reprise de poids satisfaisante. L'alimentation hypocalorique doit être discutée avec un expert en nutrition et une équipe de soutien nutritionnel. Les anomalies mineures ou même modérées de la fonction hépatique ne doivent pas retarder l'augmentation de l'alimentation. - Le syndrome de renutrition inapproprié est plus susceptible de survenir dans les premiers jours de la réalimentation mais peut également survenir jusqu'à 2 semaines après la reprise de l'alimentation. La surveillance du bilan biologique doit se poursuivre pendant une quinzaine de jours ou jusqu'à ce que les paramètres hydro-électrolytiques se stabilisent. - Si le patient ne respecte pas la ration alimentaire initiale prescrite dans les 24 premières heures, le recours à la NEDC est nécessaire. La NEDC peut être intermittente, en bolus ou continue selon les besoins.

Tableau 1. Recommandations de bonnes pratiques

Auteur, année, référence, pays	Objectif	Stratégie de recherche bibliographique renseignée (oui/non)*	Recueil de l'avis des professionnels (non, oui, lesquels)	Recueil de l'avis des patients (non, oui)	Populations et techniques (ou produits) étudiées	Résultats (avec grade des recommandations si disponible)
						- Il est habituellement recommandé d'augmenter l'apport calorique de 200kcal/jour afin de permettre une prise de poids de 0.5 à 1kg par semaine. - La surveillance biologique doit être réalisée entre J2 et J 5 et répété après 7 à 10 jours. Si la phosphorémie chute, les apports alimentaires doivent être stables et non pas diminués jusqu'à ce que la phosphorémie se stabilise. - La prescription de suppléments vitaminiques et minéraux (ex. Forceval®) est adaptée et comporte peu de risques. Une supplémentation en phosphore et magnésium sont indiqués en cas de carence. Pour les plus grands adolescents il est recommandé de suivre les recommandations adultes sur la supplémentation en thiamine. Critères de transfert en unité psychiatrique : - Stabilité physique - La NEDC ne constitue pas une contre-indication à une prise en charge en psychiatrie
HAS 2010 France (9)	Critères diagnostiques, Thérapeutiques recommandées, Modalités de	oui	oui les sociétés savantes	oui	Enfants, adolescents et adultes, diagnostic et	Repérage précoce et ciblé L'intérêt du repérage et de la prise en charge précoces est de : • prévenir le risque d'évolution vers une forme chronique et les complications somatiques, psychiatriques ou psychosociales ;

Tableau 1. Recommandations de bonnes pratiques						
Auteur, année, référence, pays	Objectif	Stratégie de recherche bibliographique renseignée (oui/non)*	Recueil de l'avis des professionnels (non, oui, lesquels)	Recueil de l'avis des patients (non, oui)	Populations et techniques (ou produits) étudiées	Résultats (avec grade des recommandations si disponible)
	soins		mentionnées dans la liste des auteurs		prise en charge thérapeutique de l'anorexie mentale	• permettre une information sur l'anorexie mentale et ses conséquences et faciliter l'instauration d'une véritable alliance thérapeutique avec le patient et ses proches. Ce repérage doit être ciblé : • sur les populations à risque : adolescentes, jeunes femmes, mannequins, danseurs et sportifs, notamment de niveau de compétition, et sujets atteints de pathologies impliquant des régimes telles que le diabète de type 1, l'hypercholestérolémie familiale, etc. ; • lors de la présence de signe(s) d'appel Différents niveaux de soins : Selon les moments et la gravité, les prises en charge peuvent se dérouler au travers des soins ambulatoires plus ou moins intensifs et/ou en hospitalisation. ■ Il est recommandé que toute prise en charge soit initialement ambulatoire, sauf en cas d'urgence somatique ou psychiatrique. ■ Il est recommandé de veiller à la cohérence et à la continuité de ces soins dans la durée entre les différentes étapes de la prise en charge et entre les différents intervenants. En particulier, il est recommandé en cas d'hospitalisation que :

Tableau 1. Recommandations de bonnes pratiques						
Auteur, année, référence, pays	Objectif	Stratégie de recherche bibliographique renseignée (oui/non)*	Recueil de l'avis des professionnels (non, oui, lesquels)	Recueil de l'avis des patients (non, oui)	Populations et techniques (ou produits) étudiées	Résultats (avec grade des recommandations si disponible)
						• les soins hospitaliers soient relayés par des soins ambulatoires, soit séquentiels, soit en hôpital de jour, soit en consultation au minimum, car les patients ne sortent pas guéris ; • l'équipe soignante de l'hospitalisation remette en place les soins ambulatoires antérieurs ou organise un nouveau suivi pluridisciplinaire. Pour cela des échanges téléphoniques doivent être réalisés au cours de l'hospitalisation, des réunions de synthèse entre les partenaires d'amont et d'aval sont indispensables et l'envoi rapide du compte rendu d'hospitalisation est nécessaire. Le patient et son entourage doivent être associés à l'organisation des soins. Critères somatiques d'hospitalisation temps plein enfants, adolescents : • Perte de poids rapide : plus de 2 kg/semaine • Refus de manger : aphagie totale • Refus de boire • Lipothymies ou malaises d'allure orthostatique • Fatigabilité voire épuisement évoqué par le patient Cliniques • IMC < 14 kg/m² au-delà de 17 ans, ou IMC < 13,2 kg/m² à 15 et 16 ans, ou IMC < 12,7 kg/m² à 13 et 14 ans • Ralentissement idéique et verbal, confusion

Centre de référence Maladie Rare Anorexie Mentale à début Précoce

Hôpital Robert Debré, AP-HP, Paris. 15/07/2022

Tableau 1. Recommandations de bonnes pratiques						
Auteur, année, référence, pays	Objectif	Stratégie de recherche bibliographique renseignée (oui/non)*	Recueil de l'avis des professionnels (non, oui, lesquels)	Recueil de l'avis des patients (non, oui)	Populations et techniques (ou produits) étudiées	Résultats (avec grade des recommandations si disponible)
						• Syndrome occlusif • Bradycardies extrêmes : pouls < 40/min quel que soit le moment de la journée • Tachycardie • Pression artérielle systolique basse (< 80 mmHg) • PA < 80/50 mmHg, hypotension orthostatique mesurée par une augmentation de la fréquence cardiaque > 20/min ou diminution de la PA > 10-20 mmHg • Hypothermie < 35,5°C • Hyperthermie Paracliniques • Acétonurie (bandelette urinaire), hypoglycémie < 0,6 g/L • Troubles hydroélectrolytiques ou métaboliques sévères, en particulier : hypokaliémie, hyponatrémie, hypophosphorémie, hypomagnésémie (seuils non précisés chez l'enfant et l'adolescent) • Élévation de la créatinine (> 100 µmol/L) • Cytolyse (> 4 x N) • Leuconéutropénie (< 1 000 /mm³) • Thrombopénie (< 60 000 /mm³) Critères psychiatriques et environnementaux d'hospitalisation

Centre de référence Maladie Rare Anorexie Mentale à début Précoce

Hôpital Robert Debré, AP-HP, Paris. 15/07/2022

Tableau 1. Recommandations de bonnes pratiques						
Auteur, année, référence, pays	Objectif	Stratégie de recherche bibliographique renseignée (oui/non)*	Recueil de l'avis des professionnels (non, oui, lesquels)	Recueil de l'avis des patients (non, oui)	Populations et techniques (ou produits) étudiées	Résultats (avec grade des recommandations si disponible)
Practice guidelines for the treatment of patients with eating disorders, American Psychiatric Association, 2006 (10)	Evaluation de la sévérité clinique, Thérapeutiques recommandées, Modalités de soins	oui	oui les sociétés savantes mentionnées dans la liste des auteurs	non	Enfants, adolescents, adultes, prise en charge thérapeutique de l'anorexie mentale et des autres TCA	Prise en charge en hospitalisation • L'hospitalisation doit être réalisée avant la survenue de complications médicales graves (ex. Hypotension orthostatique avec augmentation de la fréquence cardiaque de 20 bpm, une baisse de la pression artérielle en position debout de 20 mmHg, une bradycardie <40 bpm, une tachycardie >110 bpm, ou une incapacité à maintenir la température corporelle) ou de perturbations du bilan biologique. A la différence de l'adulte, chez de nombreux enfants avec une perte de poids rapide, une prise en charge en hospitalisation complète est nécessaire afin de prévenir un potentiel retentissement sur la croissance et le développement, même si la perte de poids n'apparaît pas profonde. Le pourcentage et la vitesse de la perte de poids doivent être considérés. • L'objectif du traitement est le retour à un poids de bonne santé (c'est à dire associé à développement pubertaire normal) • Le poids de sortie d'hospitalisation peut différer du poids de bonne santé et dépendra de la capacité du patient à s'alimenter, de sa motivation, de son adhésion à la poursuite de soins ambulatoires ou de soins en hospitalisations séquentielles) Plus le patient est proche de son poids de bonne santé à sa sortie d'hospitalisation et plus le risque de rechute et de réadmission en hospitalisation diminue La mise en place de période de stabilisation du poids avant la sortie d'hospitalisation semble diminuer le risque de rechute. • La nutrition entérale par NEDC est préférable à la nutrition parentérale

Tableau 1. Recommandations de bonnes pratiques						
Auteur, année, référence, pays	Objectif	Stratégie de recherche bibliographique renseignée (oui/non)*	Recueil de l'avis des professionnels (non, oui, lesquels)	Recueil de l'avis des patients (non, oui)	Populations et techniques (ou produits) étudiées	Résultats (avec grade des recommandations si disponible)
						intraveineuse. • Une supplémentation en phosphore, magnésium et/ou potassium doit être réalisée lorsque cela est indiqué. • La thérapie familiale est l'intervention la plus efficace • Une prise en charge en équipe, impliquant la famille est recommandée. L'équipe enseignante peut être également impliquée dans la prise en charge.

* date de début et fin de la recherche, bases de données, mots clés renseignés

1 Introduction

Tableau 2. Revues systématiques de la littérature

Auteur, année, référence, pays	Objectif	Stratégie de recherche renseignée (oui/non)*	Critères de sélection des études	Populations et techniques (ou produits) étudiées	Critères d'évaluation	Résultats et interprétation
---	-----------------	---	---	---	----------------------------------	------------------------------------

Children in Need-Diagnostics, Epidemiology, Treatment and Outcome of Early Onset Anorexia Nervosa Herpertz-Dahlmann and Brigitte Dahmen, Nutriens, 2019 Aug 16 Allemagne (11)	Revue de la littérature sur la définition, l'épidémiologie, l'étiologie, les spécificités cliniques et les aspects de la prise en charge thérapeutique de l'anorexie mentale à début précoce.	Non renseignée	Non renseignés	Anorexie mentale à début précoce défini par un âge de début des troubles inférieur à 14 ans	Définition et diagnostic DSM-5 ET CIM-11 : recommandation d'utiliser le percentile d'IMC pour l'âge et le sexe chez l'enfant afin de déterminer le seuil de poids minimum attendu. CIM-11 : définition de critères de poids alternatifs : perte de poids > 20% sur 6 mois ou incapacité de maintenir un poids correspondant à la trajectoire développementale. Épidémiologie Diminution de l'âge de début des troubles Prévalence de l'AN avant 14 ans en augmentation (de 2.5/100000 à 7.5/100000 au UK ces vingt dernières années). Certaines études rapportent un pourcentage plus élevé de garçon dans les formes précoces. Spécificités cliniques Perte de poids plus rapide chez l'enfant en % de leur poids total par mois La restriction alimentaire est observée chez 97% des enfants, les préoccupations alimentaires chez 80% des enfants, la peur de prendre du poids chez 70%, les dysmorphophobies chez 50%. Les conduites de purge sont moins fréquentes que chez l'adolescent. La durée d'évolution du trouble avant le diagnostic et la profondeur de l'amaigrissement dépendent du système de soin et de la qualité du repérage précoce. Déficit d'insight supérieur à celui des adolescents. Etiologie Facteurs de risque génétiques : hérédité familiale et études d'association génétique L'âge à partir duquel les facteurs socio-culturels influence les comportements alimentaires n'est pas déterminé. Il n'existe pas de données spécifiques sur l'influence d'internet sur le développement des TCA chez l'enfant.
--	---	----------------	----------------	---	--

Centre de référence Maladie Rare Anorexie Mentale à début Précoce

Hôpital Robert Debré, AP-HP, Paris. 15/07/2022

Tableau 3. Etudes cliniques						
Auteur, année, référence, pays	Objectif	Méthodologie, niveau de preuve	Population	Intervention	Critères de jugement	Résultats et interprétation
Clinical and socio-demographic features in childhood vs adolescent-onset anorexia nervosa in an Asian population. Kwok C, Kwok V, Lee HY, Tan SM., Eat Weight Disord. 2020 Jun Singapour (12)	Décrire les caractéristiques de l'AN chez les sujets asiatiques de moins de 18 ans et Comparer l'Anorexie Mentale à début précoce et plus tardif.	Etude rétrospective auprès de 435 enfants et adolescents atteints d'anorexie mentale	435 patients pris en charge pour anorexie mentale (DSM-IV-TR), de janvier 2003 à décembre 2014: 36 enfants à début précoce (<13) et 399 adolescents (13 à 18).	Recueil de données socio-demographiques (sexe, age, ethnie et type d'habitat) et cliniques (durée et type de symptômes de tca, comorbidités psychiatriques, facteurs précipitants, atcds psychiatriques familiaux et traitements reçus).	1. Décrire les caractéristiques clinique de l'anorexie mentale chez les patients de moins de 18 ans en population asiatique. 2. Evaluer les différences entre l'anorexie mentale à début précoce et à début lors de l'adolescence.	Parmi les 435 patients avec anorexie mentale de moins de 18 ans, la majorité était des filles (20 garçons) d'origine chinoise (83%). Le groupe a début précoce a un BMI plus bas et une durée de maladie plus longue au premier contact. Le nombre de comorbidités psychiatriques est équivalent avec davantage de TOCs dans le groupe à début précoce. Pas de différence dans la fréquence du type binge/purge, les complications médicales, les atcds psychiatriques familiaux, l'obésité prémorbide, l'image corporelle et l'hyperactivité physique. Le groupe à début précoce rapporte davantage les remarques des autres comme facteur déclenchant, a une durée moyenne d'hospitalisation temps plein plus longue et davantage d'hospitalisations.
A comparison of eating disorder symptomatology, psychological distress and psychosocial function between early, typical and later onset anorexia nervosa. Jenkins ZM,	Comparer la symptomatologie alimentaire, la détresse psychologique et le fonctionnement psychosocial entre les	Etude en intention de traiter, comparant dans un échantillon de patients adultes suivis en externes pour anorexie	249 adultes pris en charge pour anorexie mentale (DSM-5) en externe et HDJ, entre 2012 et 2019. Evalués lors de leur première visite. 58 EO, 113 TO et 78 LO.	Recueil de données socio-demographiques (ethnie, niveau d'étude, catégorie professionnelle, statut marital, age de début et durée de la MI), cliniques au niveau alimentaire (BMI,	Décrire les caractéristiques socio-démographiques et cliniques (alimentaires, psychologiques et de fonctionnement)	58 EO (≤14ans), 113 TO (15 à 18ans) et 78 LO (>18 ans). EO sont plus jeunes, ont un age de début plus précoce et une durée de MI plus longue que les TO et LO. EO ont davantage de préoccupations alimentaires, corporelles, pour le poids et globalement à l'EDE-Q, ainsi qu'une dysmorphophobie plus importante que les

Tableau 3. Etudes cliniques						
Auteur, année, référence, pays	Objectif	Méthodologie, niveau de preuve	Population	Intervention	Critères de jugement	Résultats et interprétation
Chait LM, Cistullo L, Castle DJ.,J Eat Disord. 2020 Nov 4 Australie (13)	participants avec anorexie mentale à début précoce (EO), typique (TO) ou tardif (LO).	mentale, les groupes EO,TO et LO.		EDE-Q, Dysmorphic Concern Questionnaire, sous-type d'AN) et cliniques au niveau de la détresse psychologique et du fonctionnement (Depression Anxiety Stress Scale, General Self-Efficacy Scale, Cognitive Flexibility Scale, Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire Short Form, Brief Disability Questionnaire).	des différents groupes EO, TO et LO. Hypothèse d'une symptomatologie alimentaire plus sévère, d'une détresse psychologique plus grande et d'un fonctionnement psychosocial plus altéré chez les EO comparé aux TO et aux LO.	LO. Leur flexibilité cognitive est également plus faible que les TO et LO.
Clinical Characteristics of Inpatients with Childhood vs. Adolescent Anorexia Nervosa. Jaite C, Bühren K, Dahmen B, Dempfle A, Becker K, Correll CU, Egberts KM, Ehrlich S, Fleischhaker C, von Gontard A, Hahn F, Kolar D, Kaess M, Legenbauer T, Renner TJ, Schulze	Determiner si les paramètres cliniques comme le percentile du BMI pré morbide, la perte de poids avant l'admission, la durée de la maladie, les contacts en tant que patient externe avant l'admission, les comorbidités psychiatriques,	Etude longitudinale du web-registre allemand (14 services universitaires de pédopsychiatrie et 2 centres non universitaires) des enfants et adolescents hospitalisés pour anorexie mentale entre janvier 2015 et mars 2019.	289 patients (72 enfants < 14 ans et 217 adolescents ≥ 14 ans) jusqu'à 18 ans, évalués en début et fin de première hospitalisation pour une Anorexie Mentale selon les critères DSM-5 entre janvier 2015 et mars 2019. Leur BMI devait être < au 10e percentile et ils ont reçu un traitement multimodal et	Recueil de données cliniques à l'admission et à la sortie: sexe, poids et taille pré morbides/ admission/sortie, perte de poids/ mois avant admission, sous-type d'AN et comorbidités psychiatriques, paramètres sanguins mesurant la denutrition à l'admission, durée de l'hospitalisation, durée de la MI avant l'admission, nombre de consultations externes	Décrire les différences entre les enfants et adolescents sur les paramètres cliniques comme le percentile du BMI pré morbide, la perte de poids avant l'admission, la durée de la maladie, les contacts en tant que patient externe avant l'admission, les comorbidités	La durée médiane de la maladie avant l'admission est plus courte chez les enfants (corrélation positive avec l'âge). Davantage de perte de poids en pourcentage du poids total chez les enfants. Davantage de formes restrictives chez les enfants. Une fT3 fréquemment plus basse que la norme à l'admission et un BMI ajusté sur âge et sexe plus haut à l'admission et à la sortie chez les enfants. Pas de différence dans la durée de l'hospitalisation. Pas de différence socio-démographique entre les 2 groupes. Les enfants semblent donc présenter des

Tableau 3. Etudes cliniques						
Auteur, année, référence, pays	Objectif	Méthodologie, niveau de preuve	Population	Intervention	Critères de jugement	Résultats et interprétation
U, Sinzig J, Thomae E, Weber L, Wessing I, Antony G, Hebebrand J, Föcker M, Herpertz-Dahlmann B., Nutrients. 2019 Oct 28 Allemagne (14)	les paramètres sanguins mesurant la denutrition à l'admission et le percentile de BMI à l'admission et à la sortie, différent entre les enfants et adolescents avec anorexie mentale.		multidisciplinaire plus ou moins un traitement psychotrope.	pour AN, BMI ajusté pour âge et le sexe. Recueil de données sociodémographiques : situation maritale des parents, nombre de frères et sœurs, type d'école fréquenté par le patient à l'admission, niveau d'éducation des parents.	psychiatriques, les paramètres sanguins mesurant la denutrition à l'admission et le percentile de BMI à l'admission et à la sortie.	facteurs d'évolution positive déjà décrit, comme un poids plus haut à l'admission et la sortie et une plus courte durée de MI. Mais prudence car d'autres facteurs interviennent dans le pronostic.
Study of parental bonding in childhood in children and adolescents with anorexia nervosa. Albinhac AMH, Jean FAM, Bouvard MP., Encephale. 2019 Apr France (15)	Analyser les liens parentaux chez une population d'enfants et d'adolescents présentant une anorexie mentale. L'objectif secondaire est d'étudier les différences en fonction de la tranche d'âge.	Etude pilote et observationnelle à Bordeaux sur une période d'un an portant sur 25 jeunes filles de 10 à 17 ans, hospitalisées pour anorexie mentale.	25 patients de 10 à 17 ans, en HTP à Bordeaux pour anorexie mentale selon les critères DSM-IV ont été inclus sur une période de juin 2015 à avril 2017; et répartis en 2 groupes : un groupe péripubertaire < 14 ans au moment de l'inclusion et un groupe pubertaire de 14 à 17 ans inclus. Exclusion des garçons.	Recueil de données cliniques lors de l'hospitalisation au niveau du diagnostic d'AM et des comorbidités par MINI-KID puis avec une grille de recueil d'informations explorant la sévérité des troubles, l'histoire de la maladie et le sous-type d'AM. Les liens parentaux sont explorés par Le Parental Bonding Instrument (PBI), questionnaire de 25 items, formé de deux échelles qui permettent	1. Décrire les liens parentaux dans un échantillon de 25 enfants et adolescents avec AM sur la base des scores du PBI. 2. Evaluer les différences dans les liens parentaux entre l'anorexie mentale à début précoce et à début de l'adolescence.	Résultats de comparaison des groupes: scores de surprotection maternelle et paternelle plus faibles chez péripubertaire que chez pubertaire mais seul la surprotection maternelle est significativement différente. Les scores de soins, maternels et paternels, sont plus élevés dans le groupe péripubertaire comparé au groupe pubertaire. En ce qui concerne les styles parentaux, le style « optimal » est le style le plus représenté avec une part plus importante chez les AM péripubertaire (70 vs 40 % chez la mère et 80 vs 40 % chez le père). Chez les mères, une proportion plus importante de styles « contrainte affectueuse » et « contrôle affectif » est retrouvée dans le groupe pubertaire

Tableau 3. Etudes cliniques						
Auteur, année, référence, pays	Objectif	Méthodologie, niveau de preuve	Population	Intervention	Critères de jugement	Résultats et interprétation
				de mesurer, de manière « rétrospective », séparément les attitudes et les comportements de chacun des parents cotés par leur fille.		comparé au groupe péripubertaire
Clinical characteristics of early onset anorexia nervosa. van Noort, Betteke Maria; Lohmar, Sylvie Katharina; Pfeiffer, Ernst; et al., European Eating Disorders Review 2018 Sep Allemagne (16)	Evaluer les caractéristiques cliniques de 30 filles avec EO-AN comparées à 30 patientes avec une AN de début à l'adolescence (AO-AN) et 60 contrôles saines appariées sur l'âge.	Etude comparative des caractéristiques cliniques de patientes avec AN à début précoce recrutées consécutivement lors de leur admission pendant 3 ans avec des patientes avec AN de l'adolescent recrutées sur la même période.	120 participantes ont été recrutées en Allemagne sur 3 ans: 30 enfants avec AN ou AN atypique (absence d'aménorrhée) selon entretien semi-structuré SIAB-EX, de 9 à 13,9 ans (EO-AN), 30 adolescents de 14,5-17,9 ans avec AN d'âge de début >14 ans (AO-AN). 60 enfants et adolescents contrôles appariés en âge (EO-HC et AO-HC) recrutés à l'hôpital universitaire de la Charité à Berlin. Exclusion si ATCDS de TCA, QI<85 et garçons.	Recueil des données cliniques par entretien semi-structuré sur le TCA (SIAB-EX: dysmorphophobie et type d'AN plus particulièrement) et auto-questionnaires (ChEDE-Q, EDE-Q, "Anorectic Behaviour Observation Scale" pour les parents, "Rosenberg Self-Esteem Scale", "Frost Multidimensional Perfectionism Scale". Recueil des règles ou aménorrhée, nombre d'hospit, poids, taille, nutrition par SNG, BMI et percentile du BMI calculé à partir des données normatives allemandes.	Décrire les caractéristiques cliniques des filles avec EO-AN comparées aux patientes avec une AN de début à l'adolescence (AO-AN) et aux contrôles saines appariées sur l'âge.	Les patients EO-AN présentaient plus de comportement alimentaire restrictif ($p = 0,038$), avait un recours plus fréquent à la NEDC ($p = 0,024$) et avaient moins de problèmes d'estime de soi ($p < 0,001$) et de perfectionnisme ($p = 0,001$). Les patients EO-AN présentent des troubles alimentaires similaires ($p = 0,183$), une distorsion de l'image corporelle ($p = 0,060$) et un nombre d'hospitalisations ($p = 0,358$) similaires à ceux des AO-AN.
What Are the Individual, Family,	Distinguer l'anorexie	Cette étude s'intègre à une	145 participants avec AN (DSM-IV)	Recueil des données cliniques (poids, taille,	Décrire les différences entre	Au niveau des caractéristiques personnelles, les difficultés des patientes

Tableau 3. Etudes cliniques						
Auteur, année, référence, pays	Objectif	Méthodologie, niveau de preuve	Population	Intervention	Critères de jugement	Résultats et interprétation
and Social Characteristics Differentiating Prepubertal from Pubertal Anorexia Nervosa?]", "Thibault I, Pauzé R, Bravo G, Lavoie É, Pesant C, Di Meglio G, Frappier JY, Meilleur D, Nadeau PO, Stheneur C, Taddeo D.", "Can J Psychiatry. 2017 Dec Quebec (17)	mentale pré pubère et pubère sur le plan des caractéristiques individuelles, familiales et sociales.	étude longitudinale débutée en 2006 dans les programmes de soins spécialisés pour TCA de trois centres hospitaliers universitaires du Québec.	19 prépubères cad préménarches et 126 pubères cad ménarches ont été recrutées entre 2006 et 2017 dans 3 centres TCA de CHU au Québec (CHU de Sherbrooke, CHU Sainte-Justine, Hôpital de Montréal pour Enfants du Centre universitaire de Santé McGill).	stade de Tanner, éléments diagnostiques d'AN (DSM-IV)) lors de la première consultation avec pédiatre spécialisé TCA. Recueil des caractéristiques individuelles, familiales et sociales associées au TCA lors de l'admission dans le programme de soin par des auto-questionnaires patientes (EDI-3, BDI-II, IPPA) et parents (Indice de détresse psychologique de l'Enquête Santé-Québec et le Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES IV))	les patientes prépubères et pubères pour toutes les variables mesurées (EDI-3, BDI II, IPPA, FACES IV, IDPESQ).	prépubères sont faibles ou typiques des personnes présentant une anorexie mentale, selon les concepteurs des outils. Au niveau du fonctionnement familial et sur le plan social on ne retrouve pas de différence significative entre les deux groupes et globalement pas de difficulté cliniquement significative.
Cognitive performance in children with acute early-onset anorexia nervosa. van Noort BM, Pfeiffer E, Ehrlich S, Lehmkuhl U, Kappel V., Eur Child Adolesc Psychiatry. 2016 Nov Allemagne (18)	Examiner le fonctionnement cognitif des enfants avec EO-AN en comparaison avec des contrôles sains de même âge, sexe et QI (EO-HC) à la	Etude comparative du fonctionnement cognitif de 30 enfants avec AN à début précoce et de sujets contrôles appariés sur l'âge, le sexe et le QI d'une part et	120 participants ont été recrutés dans 2 centres allemands: 30 enfants avec AN ou AN atypique (absence aménorrhée) selon ICD-10 (confirmé par semi-structuré SIAB-EX) de 9 à 14 ans (EO-AN), 30	Recueil des données neuropsychologiques par le Ravello profile (Figure de Rey, Culture Fair Test 20 revised, TMT, Colour Word Test, Tower Test), psychopathologiques par auto-questionnaires (EDE-Q and ChEDE-Q, CDI, STAIC-T et STAI-	1. Evaluer le fonctionnement cognitif des EO-AN vs EO-HC. 2. Evaluer le fonctionnement cognitif des EO-AN vs AN-group.	On ne retrouve pas de différence significative entre les EO-AN et les contrôles du même âge ni entre les AN-group et les contrôles. Par contre on retrouve au TMT une flexibilité qui ne s'améliore pas comme attendu chez les patients avec AN lorsqu'ils grandissent (interaction AGE × AN) comme si l'AN avait un impact négatif sur l'évolution de la flexibilité avec l'âge.

Tableau 3. Etudes cliniques						
Auteur, année, référence, pays	Objectif	Méthodologie, niveau de preuve	Population	Intervention	Critères de jugement	Résultats et interprétation
	recherche de déficits chez ces patients, - Des adolescents avec AN de même sexe et QI pour améliorer la connaissance du fonctionnement cognitif dans l'AN.	de 30 adolescents avec AN appariés sur l'âge et le QI d'autre part.	adolescents de 15-19 avec AN d'âge de début > 14,5 ans (AN-group). 60 enfants et adolescents contrôles appariés en âge (EO-HC et HC-group) Exclusion si ATCDS médical ou psychiatrique, trt au long cours, QI<80.	T, Children's ObsessionalCompulsive Inventory) sur 2 jours, le matin avant midi, dans le même ordre) et socio-demographiques.		
Childhood Anorexia Nervosa Compared with Low Weight Food Intake Disorder Without Weight and Shape-Related Psychopathology: A Retrospective Study of 102 Patients. Wallin U, Råstam M., Eur Eat Disord Rev. 2016 Jul Suède (19)	Comparer la présentation clinique d'enfants souffrant d'anorexie mentale (groupe AM) à celle d'enfants souffrant d'un trouble de la prise alimentaire avec faible poids sanspréoccupatio ns liées au poids et à la silhouette (groupe non-AM).	Etude rétrospective à partir des dossiers médicaux de 102 enfants atteints de troubles des conduites alimentaires et avec une insuffisance pondérale prononcée qui avaient moins de 13 ans au début du traitement	Enfants inclus proviennent d'une série consécutive de patient ayant suivi un traitement au Skåne Eating Disorders Centre à Lund, en Suède (centre régional spécialisé dans l'évaluation et le traitement des troubles alimentaires chez les enfants et les adolescents jusqu'à 18 ans).	Sélection de données à partir des dossiers médicaux et comparaison	Etudes des spécificités des sous-groupes de patients. Recherche dans le groupe non-AM d'un poids plus élevé, moins de comorbidité et moins de problèmes psychiatriques et médicaux. Recherche dans le groupe AM d'un poids pré morbide plus élevé que le groupe non AN.	58 patients ont constitué le groupe AM, et 44 le groupe non-AM. Le groupe non-AM était plus jeune et avait une durée des symptômes plus longue que le groupe AM. Le groupe non-AM avait également un poids maximal pré morbide plus faible et une taille plus petite. Il n'y avait pas de différence dans la sévérité médicale, mais le groupe AM avait reçu plus de traitements psychiatriques. Chez les enfants, le groupe non-AM semble présenter un trouble médicalement aussi grave que le groupe AM, mais il est moins souvent détecté et traité correctement.
Comparative Study of Children and	Examiner les différences entre	Etude comparative des	656 patients présentant un	Recueil des caractéristiques du	Comparaison des variables d'intérêt	Identification de différences significatives entre les groupes.

Centre de référence Maladie Rare Anorexie Mentale à début Précoce

Hôpital Robert Debré, AP-HP, Paris. 15/07/2022

Tableau 3. Etudes cliniques						
Auteur, année, référence, pays	Objectif	Méthodologie, niveau de preuve	Population	Intervention	Critères de jugement	Résultats et interprétation
Adolescents Referred for Eating Disorder Treatment at a Specialist Tertiary Setting By: Walker, Tara; Watson, Hunna J.; Leach, David J.; et al., Int J Eat Disord. 2014. Australie (20)	enfants et adolescents dans la présentation clinique des troubles des conduites alimentaires, au moment de l'orientation vers un programme pédiatrique spécialisé.	caractéristiques cognitives, comportementales, physiques et médicales d'enfants (âge inférieur ou égal à 12 ans) et d'adolescents (13-18 ans) souffrant de troubles des conduites alimentaires dans pédiatrique spécialisé (hôpital Princess Margaret pour enfants) entre avril 1996 et mai 2012. Diagnostic de trouble des conduites alimentaires attribué rétrospectivement à partir des dossiers médicaux (critères du DSM 5) basé sur le score à l'EDE.	diagnostic de trouble des conduites alimentaires, âgés de 8 à 17 ans ; 94 % de femmes. Identification de deux sous-groupes de patients : les enfants ont été définis comme étant âgés de moins de 13 ans (n =104) et les adolescents comme étant âgés de 13 à moins de 18 ans (n =552).	trouble des conduites alimentaires (échelle Eating Disorder Examination), anthropomorphiques et constantes.	entre les deux sous-groupes (âge de la maladie pendant l'enfance ou l'adolescence).	Les enfants étaient plus souvent de sexe masculin, avaient des scores plus faibles de pathologie alimentaire, étaient moins susceptibles de faire des excès alimentaires, de se purger ou de faire de l'exercice pour contrôler leur forme et leur poids et perdaient du poids plus rapidement que les adolescents.

2 Diagnostic et évaluation initiale

Tableau 2. Revues systématiques de la littérature						
Auteur, année, référence, pays	Objectif	Stratégie de recherche renseignée (oui/non)*	Critères de sélection des études	Populations et techniques (ou produits) étudiées	Critères d'évaluation	Résultats et interprétation
Children in Need-Diagnostics, Epidemiology, Treatment and Outcome of Early Onset Anorexia Nervosa Herpertz-Dahlmann and Brigitte Dahmen, Nutrients, 2019 Aug 16 Allemagne (11)	Revue de la littérature sur la définition, l'épidémiologie, l'étiologie, les spécificités cliniques et les aspects de la prise en charge thérapeutique de l'anorexie mentale à début précoce.	Non renseignée	Non renseignés	Anorexie mentale à début précoce défini par un âge de début des troubles inférieur à 14 ans		Symptômes physiques et complications Pour une perte de poids équivalente, le retentissement est majoré chez l'enfant du fait d'un pourcentage plus bas de masse grasseuse Perturbations endocriniennes Retentissement sur le développement (retard de croissance, de puberté, perturbation de maturation cérébrale) La reprise de poids avant la reprise de la puberté améliore le pronostic de taille Évaluation psychologique Développement d'autoquestionnaires d'évaluation des troubles des conduites alimentaires chez l'enfant (Children's version of the Eating Disorder Examination, version longue et courte ; Children's Eating Attitudes Test ; Children's Eating Disorder Inventory) Diagnostics différentiels Mise en évidence récente de l'association entre AN et pathologies auto-immunes (maladie de Crohn, maladie coeliaque, diabète de type I) à tout âge. Calprotectine fécale systématiquement recommandée en Allemagne Comorbidités psychiatriques Les comorbidités les plus fréquentes sont la dépression, les troubles anxieux, les TOC. La prévalence des TOC est supérieure chez l'enfant par rapport aux adolescents. La prévalence exacte des TSA n'est pas déterminée Les traits de personnalité perfectionnistes sont prédominants

Centre de référence Maladie Rare Anorexie Mentale à début Précoce

Hôpital Robert Debré, AP-HP, Paris. 15/07/2022

Tableau 3. Etudes cliniques						
Auteur, année, référence, pays	Objectif	Méthodologie, niveau de preuve	Population	Intervention	Critères de jugement	Résultats et signification
Abnormal bone mineral density and content in girls with early-onset anorexia nervosa. Clarke J, Peyre H, Alison M, Bargiacchi A, Stordeur C, Boizeau P, Mamou G, Crépon SG, Alberti C, Léger J, Delorme R., J Eat Disord. 2021 Jan 10 France (21)	Evaluer les différences de densité osseuse par ostéodensitométrie entre une cohorte de filles avec AN à début précoce (< 14) et un groupe contrôle apparié sur le sexe, l'âge et le statut pubertaire.	Evaluer les différences de densité osseuse par ostéodensitométrie entre une cohorte de filles avec AN à début précoce (< 14) et un groupe contrôle apparié sur le sexe, l'âge et le statut pubertaire.	134 filles ont été recrutées consécutivement lors de leur hospitalisation pour AN à l'hôpital Robert Debré entre 2010 et 2015 au moment de leur ostéodensitométrie. Le diagnostic d'AN à début précoce a été posé selon les critères DSM-5 si leur anorexie a débuté < 14 ans et sans ménarche. Les contrôles sains (sans pathologie somatique ni psychiatrique) sont issus d'une large cohorte d'étude de la densité minérale osseuse et sont appariés sur l'âge, le sexe et le statut pubertaire selon le stade de Tanner.	Recueil des données cliniques pour le diagnostic principal et les comorbidités psychiatriques par la K-SADS-PL, BMI et son score de déviation standard pour l'âge et le sexe, stade de Tanner. L'ostéodensitométrie donne le BMC et BMD corps entier et pour L2-L4. Estimation du pourcentage de masse grasse et maigre et calcul du ratio bmc corps entier/ masse maigre.	Décrire les différences entre le groupe AN à début précoce et Contrôle en termes de Densité Minérale osseuse corps entier et au niveau du rachis lombaire, de Teneur minérale osseuse corps entier et de ratio Teneur minérale osseuse corps entier sur la masse maigre.	Les quatre variables étudiées en termes de minéralisation osseuse sont toutes significativement inférieures chez les filles avec AN à début précoce par rapport aux contrôles. Plus l'âge, le stade pubertaire et la masse maigre sont élevés meilleure est la minéralisation osseuse indépendamment de l'IMC.
First presentation of restrictive early onset eating disorders in Asian	Analyser les caractéristiques des enfants avec TCA restrictif à	Revue de cas rétrospective	274 participants avec TCA restrictif dont 51 avec un début précoce <13 ans ont été inclus. Ils ont été	Recueil de données socio-démographiques et cliniques (durée MI, poids, taille, perte de	Décrire les caractéristiques socio-démographi	Chez les moins de 13 ans on retrouve 63% d'AN et 18% AN atypique (le reste ARFID et OSFED). Perte de poids moins importante et durée de MI moins longue mais pourcentage de perte de poids et

Tableau 3. Etudes cliniques						
Auteur, année, référence, pays	Objectif	Méthodologie, niveau de preuve	Population	Intervention	Critères de jugement	Résultats et signification
children. Chew, Chu Shan Elaine; Kelly, Siobhan; Baeg, Amerie; et al., Int J Eat Disord. 2021 Jan Chine (22)	début précoce (EOEDs), cad < 13 ans, prise en charge dans une institution en Asie, et les comparer aux adolescents avec TCA.	d'enfants asiatiques traités en centre TCA.	classifiés en ARFID, AN atypique (18%), OSFED et AN (72%) selon les critères DSM-V. 90,4% de filles. 32 AN à début précoce.	poids et durée de perte, statut pubertaire) à l'entrée. Taux de réhospit, durée de l'hospitalisation, et données biologiques (phosphatémie, magnésémie, hypokaliémie dans le 5 premiers jours après l'admission. Comorbidités psychiatriques et traitement psychotrope notés durant l'hospitalisation. BMI, taux de perte de poids, degré de malnutrition.	que, cliniques et biologiques des TCA restrictifs à début précoce en Asie, comparé aux adolescents avec TCA restrictif.	taux de réhospit similaires à admission. Nécessité de plus de supplémentation en phosphate et PAL plus élevée /ado.
Clinical features of children and adolescents with anorexia nervosa and problematic physical activity, Carpine L, Charvin I, Da Fonseca D, Bat-Pitault F., Eat Weight Disord. 2021 Mar 6. France (23)	Décrire le profil clinique des enfants atteints d'AM à début précoce (<14 ans) et des adolescents atteints d'AM à début standard et de l'activité physique problématique associée, afin de	Etude rétrospective auprès de 107 enfants et adolescents atteints d'anorexie mentale	107 participants atteints d'anorexie mentale, âgés de 8 à 18 ans : 78 adolescents âgés de 14 à 18 ans (sous groupe "à début normal") et 29 enfants âgés de 8 à 13 ans (sous groupes "début précoce", limite d'âge de 14 ans). Patients traités au Centre Hospitalier Universitaire Salvator de Marseille : patients externes en l'hôpital de jour	Mesure de l'activité physique problématique par l'échelle Exercise Dependence Scale Revised, et passations d'autoquestionnaires pour évaluer le trouble alimentaire, les symptômes de dépression et anxiété, la qualité de vie, le sommeil, le trouble déficit de	Recherche d'activité physique chez les patients atteints d'anorexie mentale et corrélations avec sévérité des symptômes du trouble	Le groupe à début précoce a montré une prévalence d'activité physique problématique plus faible que le groupe à début standard mais la symptomatologie clinique, lorsque ce symptôme était présent, était significativement plus sévère . (EDI-2 : p<0,01 ; BSQ : p<0,05 ; CDI : p<0,05 ; STAI-Y-trait : p<0,05). L'activité physique problématique semble être associée à des caractéristiques plus sévères chez les patients souffrant d'anorexie mentale à début précoce.

Tableau 3. Etudes cliniques						
Auteur, année, référence, pays	Objectif	Méthodologie, niveau de preuve	Population	Intervention	Critères de jugement	Résultats et signification
	mieux comprendre les caractéristiques associées et de proposer des soins physiques adaptés.		ou hospitalisés en unité à temps plein. Recrutement entre janvier 2018 et juillet 2020.	l'attention/hyperactivité	alimentaire. Comparaison de deux sous-groupes de patients prenant en compte l'âge de début de la maladie.	
Age dependency of body mass index distribution in childhood and adolescent inpatients with anorexia nervosa with a focus on DSM-5 and ICD-11 weight criteria and severity specifiers. Engelhardt, Christian; Foecker, Manuel; Buehren, Katharina; et al., European Child and Adolescent Psychiatry. 2020 Jul Allemagne (24)	Evaluer (1) les relations entre l'âge et le BMI (kg/m ²), les percentiles du BMI, le score de déviation standard du BMI (BMI-SDS) et le score de déviation standard de la taille, (2) les pourcentages de patients qui remplissent les critères du DSM-5 et de l'ICD-11 pour le poids et les catégories de sévérité de l'AN, et (3) la validité de spécifier la	Etude rétrospective à partir des données complètes du registre allemand des enfants et adolescents avec AN entre Août 2014 et Février 2019.	469 participants avec un diagnostic d'AN selon DSM-V au registre dont 404 AN, 65 AN atypique et 171 AN <15 ans, 29 AN atypique <15 ans et 34 AN <12 ans.	469 participants avec un diagnostic d'AN selon DSM-V au registre dont 404 AN, 65 AN atypique et 171 AN <15 ans, 29 AN atypique <15 ans et 34 AN <12 ans.	Décrire (1) les relations entre l'âge et le BMI, le percentile du BMI, le BMI-SDS et le Height-SDS, (2) les pourcentages de patients qui remplissent les critères du DSM-5 et de l'ICD-11 pour le poids et les catégories de sévérité de l'AN, et (3) la validité de spécifier la	On retrouve une corrélation positive entre BMI et âge, et négative entre BMI-SDS et âge jusqu'à 15 ans. Les cut-off adultes semblent donc pouvoir être utilisés à partir de 15 ans et non pour les plus jeunes. Le critère du 5e percentile de ICD 11 ne semble pas souhaitable à appliquer car il exclut beaucoup de patients du diagnostic d'AN. Enfin la validité clinique des critères de poids pour attester de la sévérité de l'AN ne semble pas très bonne et des variables cliniques plus pertinentes semblent encore à définir pour spécifier la sévérité.

Centre de référence Maladie Rare Anorexie Mentale à début Précoce

Hôpital Robert Debré, AP-HP, Paris. 15/07/2022

Tableau 3. Etudes cliniques						
Auteur, année, référence, pays	Objectif	Méthodologie, niveau de preuve	Population	Intervention	Critères de jugement	Résultats et signification
	sévérité de l'AN via l'analyse des poids par rapport aux données en fin de traitement et à la durée de l'HTP.				sévérité de l'AN via l'analyse des poids par rapport aux données en fin de traitement et à la durée de l'HTP.	
Genetic variability in the serotonergic system and age of onset in anorexia nervosa and obsessive-compulsive disorder. Plana MT, Torres T, Rodríguez N, Boloc D, Gassó P, Moreno E, Lafuente A, Castro-Fornieles J, Mas S, Lazaro L., Psychiatry Res. 2019 Jan Espagne (25)	Evaluer la pleiotropie génétique des MI à début très précoce (AN and TOC) au niveau du système sérotoninergique (SLC6A4, 5HTR2A, 5HTR2C, TPH2, SLC18A1).	Etude comparative de la variabilité génétique au niveau du système sérotoninergique entre les patients à début très précoce et à début précoce.	116 adolescents avec Anorexie mentale et 74 avec TOCs selon les critères DSM-IV, ont été recrutés dans le service de pédopsychiatrie de l'hôpital clinique de Barcelone. Ils ont été groupés en début très précoce (< 13 pour AN et < 10 pour TOCs) et début précoce (13 à 18 et 10 à 18 respectivement). Les diagnostics évalués selon le DSM-IV sont: trouble du développement, Schizophrénie, troubles de l'humeur, troubles des conduites, anxieux	Recueil des données cliniques par auto-questionnaires : EAT-40, Leyton Obsessional Inventory-Child Version, Child and Adolescent Perfectionism Scale, CDI; ainsi que des échantillons sanguins afin d'extraire l'ADN et d'analyser la variabilité de 5 gènes candidats du système sérotoninergique.	Evaluer la pleiotropie génétique chez les maladies à début très précoce (AN et TOC) au niveau du système sérotoninergique.	Parmi les 190 participants, 65 ont un trouble à début très précoce (29,3% AN et 41,9%TOC) et 125 précoce. Les sujets avec AN sont majoritairement des filles alors que c'est le contraire pour les sujets avec TOC (97,4 vs 47,3% de filles). Les participants avec TOC sont davantage comorbides. Au niveau génétique, 2 SNPs dans le gène HTR2A diffèrent significativement entre les formes très précoces et les formes précoces chez les AN et les TOCs, lors des analyses confirmatoires par trouble, on retrouve bien cela chez les patients avec AN et la même tendance chez les patients avec TOCs, attribuée au petit nombre de sujet. Ces résultats semblent confirmer que le terrain génétique relatif au système sérotoninergique qui a déjà été associé indépendamment à l'AN et au toc, affecte en fait un phénotype commun aux deux troubles tel que l'existence d'un sous-groupe à début très précoce.

Tableau 3. Etudes cliniques						
Auteur, année, référence, pays	Objectif	Méthodologie, niveau de preuve	Population	Intervention	Critères de jugement	Résultats et signification
Long-term follow-up study of low-weight avoidant restrictive food intake disorder compared with childhood-onset anorexia nervosa: Psychiatric and occupational outcome in 56 patients. Lange CRA, Ekedahl Fjertorp H, Holmer R, Wijk E, Wallin U. Int J Eat Disord. 2019 Apr Suède (26)	Comparer le devenir à long terme des patients présentant une Anorexie à début précoce et de ceux présentant un ARFID avec faible poids, en termes de diagnostics psychiatriques et de fonctionnement social et occupationnel.	Etude de suivi avec une réévaluation moyenne à 15,9 ans, de 56 patients traités initialement pour un trouble restrictif de l'alimentation de faible poids.	Etude de suivi avec une réévaluation moyenne à 15,9 ans, de 56 patients traités initialement pour un trouble restrictif de l'alimentation de faible poids.	Réévaluation des patients entre 2010 et 2013 selon les critères DSM-5 de l'ARFID selon une retrospective complete chart review. Poids et Taille sont mesurés. Un entretien semi-structuré développé pour les réévaluation et la SCID sont conduits. Sont administrés le Morgan-Russell Outcome Assessment Schedule, Symptom Check-List 90, EDE-Q and Swedish eating assessment of autism spectrum disorders. Le fonctionnement social est également évalué.	Décrire les différences et les similarités dans le devenir à long terme des Anorexies à début précoce et des ARFID dans un échantillon de patients de faible poids.	37 Anorexie mentale à début précoce et 19 ARFID. Aucune différence significative n'a été trouvée entre les 2 groupes en termes de diagnostic TCA et psychiatrique comorbide, BMI, auto-évaluations psychologiques, Morgan-Russell Outcome Assessment Schedule, ni du fonctionnement occupationnel.
An 8-item short form of the Eating Disorder Examination-Questionnaire adapted for children (ChEDE-Q8). Kliem, Soeren; Schmidt,	Evaluation des qualités psychométriques de la forme courte de la version enfant de l'EDE-Q (ChEDE-Q8).	Etude de validation du ChEDE-Q8.	1836 participants de 7 à 18 ans recrutés dans 2 projets de recherche à l'Université de Marburg et celle de Leipzig.	Les participants ont rempli la version allemande du ChEDE-Q, mais seuls huit items ont été pris en compte dans les analyses de données pour le CHEDE-Q8. Pour la validité convergente, le	Caractéristiques des items, normes, cohérence interne, validité factorielle et validité de	Bonne adéquation du modèle pour le ChEDE-Q à 8 items. Invariance stricte pour tous les sous-groupes analysés. La validité convergente a été fournie par des associations avec des questionnaires bien établis et l'âge, le sexe et le statut pondéral, dans les directions attendues. Le ChEDE-Q8 nouvellement développé s'est avéré être un outil d'auto-évaluation psychométriquement

Tableau 3. Etudes cliniques						
Auteur, année, référence, pays	Objectif	Méthodologie, niveau de preuve	Population	Intervention	Critères de jugement	Résultats et signification
Ricarda; Vogel, Mandy; et al., Int J Eat Disord 2017 Jul Allemagne (27)				score global du ChEDE-Q , le Body Esteem Scale, le Strengths and Difficulties Questionnaire, ainsi que les caractéristiques sociodemographiques ont été utilisées. Les caractéristiques des items et les normes pour l'age et le sexe ont été calculées.	construction.	solide et économique de la psychopathologie des troubles alimentaires chez les enfants.
Forearm bone mineralization in recently diagnosed female adolescents with a premenarchal onset of anorexia nervosa. Roggen I, Vanbesien J, Gies I, Van den Eede U, Lampo A, Louis O, De Schepper J., Int J Eat Disord. 2016 Aug Belgique (28)	Déterminer si une altération de la minéralisation osseuse peut être observée au niveau distal du radius chez des adolescentes diagnostiquées récemment avec une AN à début précoce.	Etude rétrospective comparant la minéralisation osseuse de 24 patientes préménarches avec AN à 22 contrôles appariés sur l'age et le sexe.	46 participants de 13,3 à 18,4 ans, dont 24 patientes préménarches avec AN (critères DSM-IV) prises en charge au centre TCA de Bruxelles durant les 5 années précédentes.	Recueil des données anthropométriques: poids, taille, IMC et scores ajustés sur l'age et le sexe sur les normes Belges récentes. Recueil des valeurs de minéralisation osseuse par résultat des Tomodensitométries quantitatives périphériques (extrémité distale du radius du côté de la main non dominante).	Décrire les différences entre les patientes préménarches et les contrôles pour toutes les variables mesurées de minéralisation osseuse (Teneur minérale osseuse, aire transversale osseuse, circonférence du périoste, densité minérale	Z-scores du BMI significativement plus bas chez les patientes. Densité minérale osseuse volumétrique trabéculaire significativement inférieure ($p < 0,02$) chez les patientes préménarches que chez les contrôles. Toutes les autres valeurs sont plus basses mais non significatif.

Centre de référence Maladie Rare Anorexie Mentale à début Précoce

Hôpital Robert Debré, AP-HP, Paris. 15/07/2022

Tableau 3. Etudes cliniques						
Auteur, année, référence, pays	Objectif	Méthodologie, niveau de preuve	Population	Intervention	Critères de jugement	Résultats et signification
					osseuse volumétrique trabéculaire et totale).	
Paths to first treatment and duration of untreated illness in anorexia nervosa: are there differences according to age of onset? Neubauer K, Weigel A, Daubmann A, Wendt H, Rossi M, Löwe B, Gumz A., Eur Eat Disord Rev. 2014 Jul Allemagne (29)	Comparer le parcours jusqu'au premier traitement et la durée de maladie non traitée chez 140 patients atteints d'anorexie mentale restrictive à l'aide de questionnaires validés et d'un entretien clinique ; étudier les différences entre les individus ayant un diagnostic précoce (< ou = 14 ans, N=40), intermédiaire (15-18 ans, N=53) et tardif (> ou = 19 ans, N=47).	Etude comparative retrospective et multicentrique	140 patients atteints d'anorexie mentale, prise en charge en hospitalisation ou hôpital de jour ou consultations ambulatoires, Critères d'admissions : sexe féminin, âge compris entre 10 et 60 ans, diagnostic actuel d'AN ou d'AN subsyndromal selon les critères du DSM-IV et de la CIM-10, participation à un entretien diagnostique, traitement en cours pour l'anorexie mentale et consentement éclairé.	Passation de questionnaires et entretien téléphonique : données socio économiques, diagnostic de TCA, début et durée de la maladie, questionnaire de premier traitement, symptômes du TCA, symptômes d'épisode dépressif	Parcours jusqu'au premier traitement : personne qui fait le premier diagnostic, information sur le premier établissement de traitement, motivation au traitement, modalités du premier traitement, durée moyenne de maladie non traitée.	Les participants ont été le plus souvent informés de leur diagnostic et adressés pour un premier suivi par des médecins généralistes et des pédiatres. La durée de la maladie non traitée dépassait 2 ans dans l'échantillon complet et était la plus longue pour les individus ayant un début précoce . Les résultats soulignent l'importance de former les médecins généralistes et les pédiatres à l'anorexie mentale, la nécessité d'inclure les parents et les enseignants dans la prévention des troubles alimentaires et de mieux cibler les jeunes dans les interventions précoces.
Medical instability and	Décrire le statut médical et la	Etude de surveillance	208 enfants suspects d'être atteints de trouble des	Recueil des données : âge, sexe, paramètres	Décrire le statut	Identification de 208 cas de patients atteints d'un trouble des conduites alimentaires à début précoce,

Tableau 3. Etudes cliniques						
Auteur, année, référence, pays	Objectif	Méthodologie, niveau de preuve	Population	Intervention	Critères de jugement	Résultats et signification
growth of children and adolescents with early onset eating disorders. Hudson, Lee D.; Nicholls, Dasha E.; Lynn, Richard M.; et al., Arch Dis Child. 2012 . Royaume Uni (30)	croissance des enfants et adolescents atteints de troubles des conduites alimentaires à début précoce	ce prospective d'enfants atteints de troubles des conduites alimentaires à début précoce (avant 13 ans), signalés par les pédiatres et les psychiatres via le British Paediatric Surveillance System (BPSU) et le Child and Adolescent Psychiatric Surveillance System (CAPSS), au	conduites alimentaires à début précoce et avec un âge de début de moins de 13 ans	auxologiques, diagnostic de trouble des conduites alimentaires, instabilité médicale et durée de la maladie des différentes catégories de troubles alimentaires	médical et la croissance des enfants et adolescents atteints de troubles des conduites alimentaires à début précoce.	avec un âge médian de 11,8 ans. 171 (82%) étaient des femmes (78% avec un début pré-ménarchal et 60% pré-pubère). 74% des garçons étaient prépubères. 35 % des cas présentaient une instabilité médicale à la présentation, 52% des cas ont nécessité une admission au moment du diagnostic. Les patients atteints de trouble des conduites alimentaires à début précoce présentent des niveaux sévères d'instabilité médicale et se présentent fréquemment aux pédiatres.

Centre de référence Maladie Rare Anorexie Mentale à début Précoce

Hôpital Robert Debré, AP-HP, Paris. 15/07/2022

Tableau 3. Etudes cliniques						
Auteur, année, référence, pays	Objectif	Méthodologie, niveau de preuve	Population	Intervention	Critères de jugement	Résultats et signification
		Royaume-Uni et en Irlande de mars 2005 à mai 2006 (pendant 15 mois).				
Early onset eating disorders in male adolescents: a series of 10 inpatients, Bayes A, Madden S., Australas Psychiatry. 2011 Dec Australie (31)	Décrire les caractéristiques démographiques et cliniques d'une série de 10 cas de patients hospitalisés (première hospitalisation) et de sexe masculin souffrant de troubles de l'alimentation à début précoce.	Examen rétrospectif des dossiers médicaux des patients de sexe masculin traités pour des troubles de l'alimentation à début précoce (avant 14 ans), dans deux hôpitaux et sur une période de deux ans.	10 enfants de sexe masculins atteints de trouble des conduites alimentaires à début précoce (critères diagnostics DSM-IV). L'âge médian d'apparition des troubles alimentaires était de 12,35 ans (de 10,2 à 13,5 ans).	Recueil des caractéristiques démographiques, du diagnostic (DSM-IV), des caractéristiques cliniques et du traitement reçu.	Décrire les caractéristiques cliniques et démographiques des patients.	Trois patients répondaient à l'ensemble des critères de l'anorexie mentale (AM) et quatre répondaient à tous les critères sauf celui du poids (critères DSM-IV). La comorbidité psychiatrique était élevée : 4 avec un épisode dépressif caractérisé, 7 avec un trouble anxieux, 3 avec des symptômes de troubles obsessionnels compulsifs. Sept patients faisaient de l'exercice physique excessif. Sept patients ont été traités avec un antidépresseur et 5 avec un antipsychotique atypique ; 6 ont eu besoin d'être nourris par sonde nasogastrique.

Centre de référence Maladie Rare Anorexie Mentale à début Précoce

Hôpital Robert Debré, AP-HP, Paris. 15/07/2022

3 Prise en charge thérapeutique

Devant une littérature récente limitée concernant la prise en charge thérapeutique et le suivi, les recommandations du PNDS s'appuient sur les recommandations internationales disponibles.

Tableau 2. Revues systématiques de la littérature						
Auteur, année, référence, pays	Objectif	Stratégie de recherche renseignée (oui/non)*	Critères de sélection des études	Populations et techniques (ou produits) étudiées	Critères d'évaluation	Résultats et signification
Children in Need-Diagnostics, Epidemiology, Treatment and Outcome of Early Onset Anorexia Nervosa Herpertz-Dahlmann and Brigitte Dahmen, Nutrients, 2019 Aug 16 Allemagne (11)	Revue de la littérature sur la définition, l'épidémiologie, l'étiologie, les spécificités cliniques et les aspects de la prise en charge thérapeutique de l'anorexie mentale à début précoce.	Non renseignée	Non renseignés	Anorexie mentale à début précoce défini par un âge de début des troubles inférieur à 14 ans		Prise en charge en hospitalisation La prise en charge en ambulatoire doit être privilégiée mais une hospitalisation temps plein peut être nécessaire Prise en charge pluridisciplinaire adaptée aux spécificités des enfants (psychiatres, pédiatres, diététiciens, psychologues, infirmiers spécialisés) L'objectif principal de l'hospitalisation est la réhabilitation nutritionnelle, le recours à la nutrition entérale par sonde naso-gastrique est indiquée si l'alimentation orale est insuffisante Il n'y a pas de consensus sur l'objectif de poids minimum de bonne santé, les données actuelles semblent toutefois en faveur d'une restauration de la trajectoire d'IMC prémorbide plutôt qu'une cible de percentile d'IMC standardisée La poursuite des activités scolaires, des temps de permission au domicile sont recommandés afin de faciliter la reprise du quotidien à la sortie d'hospitalisation Traitement médicamenteux Pas de médicaments indiqués dans le traitement de l'anorexie chez l'enfant Les comorbidités anxieuses ou l'agitation peuvent indiquer l'utilisation de traitements neuroleptiques Hormonothérapie Les recommandations du NICE recommandent le contrôle de

Centre de référence Maladie Rare Anorexie Mentale à début Précoce

Hôpital Robert Debré, AP-HP, Paris. 15/07/2022

Tableau 2. Revues systématiques de la littérature						
Auteur, année, référence, pays	Objectif	Stratégie de recherche renseignée (oui/non)*	Critères de sélection des études	Populations et techniques (ou produits) étudiées	Critères d'évaluation	Résultats et signification
						l'ostéodensitométrie à 1 an afin d'évaluer l'indication d'un traitement par oestrogène en prévention de l'ostéoporose à l'âge adulte Les recommandations allemandes et australiennes recommandent d'évaluer l'utilisation de patch cutanés d'oestrogène chez les filles avec un âge osseux < 15 ans Prise en charge psychothérapeutique Il est nécessaire d'impliquer de façon intensive les parents dans la prise en charge Les prises en charge en thérapie familiale sont particulièrement indiquées chez l'enfant (FBT, PFT) Des groupes de psycho-éducation pour les parents sont recommandés au stade précoce de la maladie afin d'augmenter leurs connaissances, leur confiance et échanger leurs expériences Pronostic Peu d'études évaluant le pronostic, et essentiellement basées sur l'évolution de petits échantillons de patients hospitalisés 30 à 67% des enfants présentent un bon pronostic, 7 à 35% un pronostic intermédiaire, 17 à 39% un mauvais pronostic.

Tableau 3. Etudes cliniques						
Auteur, année, référence, pays	Objectif	Méthodologie, niveau de preuve	Population	Intervention	Critères de jugement	Résultats et signification
Léger J, Fjellestad-Paulsen A, Bargiacchi A, Pages J, Chevenne D, Alison M, Alberti C,	Étudier les effets des injections d'hormone de croissance humaine (GH) sur l'HV (vitesse de	Dans cet essai prospectif, randomisé, en double aveugle, monocentrique, de preuve de concept, des enfants atteints d'AN et de faible HV (≤ 2 cm/an)	Enfants présentant une AN et une HV basse (≤ 2 cm/an) depuis au moins 18 mois, et un âge osseux ≤ 12 ans	Injectons sous-cutanées quotidiennes de GH humaine (0,050 mg/kg/jour) ou un placebo pendant 12 mois.	Vitesse de croissance staturale (HV), tolérance	Au total, 8 patients ont été affectés au groupe GH et 6 au groupe placebo. Les patients avaient un gain de taille médian (25e-75e percentile) de 1,0 (0,5;1,5) cm/an. L'effet du

Centre de référence Maladie Rare Anorexie Mentale à début Précoce

Hôpital Robert Debré, AP-HP, Paris. 15/07/2022

Tableau 3. Etudes cliniques						
Auteur, année, référence, pays	Objectif	Méthodologie, niveau de preuve	Population	Intervention	Critères de jugement	Résultats et signification
Guilmin-Crepon S. One Year of GH Treatment for Growth Failure in Children With Anorexia Nervosa: A Randomized Placebo-Controlled Trial. J Clin Endocrinol Metab 2021 ; 106 : 2535 (32)	croissance staturale) chez les enfants atteints d'AN et de déficit de croissance sévère.	depuis au moins 18 mois, et d'un âge osseux ≤ 12 ans pour les filles et ≤ 14 ans pour les garçons, ont été randomisés pour recevoir des injections sous-cutanées quotidiennes de GH humaine (0,050 mg/kg/jour) ou un placebo pendant 12 mois.	pour les filles et ≤ 14 ans pour les garçons.			traitement par GH a fortement augmenté après 6 mois, avec un gain de taille après 12 mois de 9,65 (8,0;11,6) cm pour le groupe GH contre 3,85 (1,7;7,3) cm pour le groupe placebo, avec une différence médiane absolue (2,5e-97,5e percentiles) entre les groupes de 5,8 (-1,85;9,68) cm après bootstrapping. Le pourcentage de patients présentant une HV > 5 cm/an pendant la période d'étude était plus élevé dans le groupe GH que dans le groupe placebo (100 % vs 50 %, P = 0,05). Les événements indésirables sont survenus en nombre similaire dans les deux groupes, étaient légers ou non mortels et n'ont pas conduit à l'arrêt du traitement.
Léger J, Fjellestad-Paulsen A, Bargiacchi A, Doyen C, Ecosse E, Carel JC, Le Heuzey MF. Can growth hormone treatment improve growth in severe growth failure due to anorexia	Le retard de croissance est un aspect difficile mais essentiel de la prise en charge des enfants atteints d'anorexie mentale (AN). Les effets du traitement par GH n'ont pas été étudiés. L'objectif	Nous avons réalisé une étude observationnelle rétrospective. Dix filles diagnostiquées AN à l'âge de 10,0 $\pm$ 1,9 ans, avec un retard de croissance sévère prolongé (HV < 2,5 cm/an pendant au moins 18 mois) à l'âge de 13,3 $\pm$ 1,1 ans et un retard de puberté après une réhabilitation	Dix filles diagnostiquées AN à l'âge de 10,0 $\pm$ 1,9 ans, avec un retard de croissance sévère prolongé (HV < 2,5 cm/an pendant au moins 18 mois) à l'âge de 13,3 $\pm$ 1,1 ans et un retard de puberté	Injection de GH (0,040 mg/kg/jour)	Taille et vitesse de croissance staturale, tolérance	L'indice de masse corporelle moyen SDS est resté inchangé, mais la vitesse de croissance staturale (HV) a augmenté de manière significative, passant d'une médiane de 1,0 (0,7-2,1) à 7,1 (6,0-9,5) cm/an après un an (P < 0,002) et 5,6 (4,8-6,2) cm/an après deux ans de traitement. La taille SDS est passée de -2,2 $\pm$ 1,3 à -1,6 $\pm$ 1,3

Tableau 3. Etudes cliniques						
Auteur, année, référence, pays	Objectif	Méthodologie, niveau de preuve	Population	Intervention	Critères de jugement	Résultats et signification
nervosa ? A preliminary pilot study. Endocr Connect. 2017 ; 6 : 839-846 (33)	était d'étudier l'effet du traitement par GH sur la vitesse de croissance (HV) chez les enfants atteints d'AN.	nutritionnelle, ont été traitées par GH (0,040 mg/kg/jour) à partir d'un âge osseux de $10,9 \pm 1,7$ ans jusqu'à ce qu'elles atteignent leur taille adulte. La taille et l'HV ont été mesurées avant le traitement et à intervalles de 12 mois pendant le traitement.	après une réhabilitation nutritionnelle			après un an ($P < 0,002$) et $-1,1 \pm 1,5$ après deux ans de traitement par GH. La taille adulte ($-0,1 \pm 1,0$ SDS) était proche de la taille cible après $3,6 \pm 1,4$ ans de traitement par GH. Les taux sériques d'IGF-I ont augmenté de manière significative pendant le traitement ($P < 0,01$). Le traitement a été bien toléré. Cette étude de preuve de concept montre que le traitement à la GH est associé à des améliorations significatives de la croissance staturale chez les adolescents atteints d'AN et d'un grave retard de croissance.
Coping strategies of young siblings in dealing with their sister's prepubertal anorexia nervosa: An exploratory study. De Maynadier, Lorraine; Noel, Lucile; Cook-Darzens, Solange; et al. Annales Medico-Psychologiques	Explorer les stratégies de coping des jeunes frères et sœurs confrontés à l'anorexie mentale prépubère.	Etude exploratoire à partir d'une question de recherche: "Comment les jeunes frères et sœurs font-ils face à l'anorexie mentale pré pubère de leur sœur et à son hospitalisation?"	8 frères et sœurs entre 6 à 14 ans, de patientes suivies à l'hôpital RDB pour anorexie mentale à début précoce en TP, HDJ ou ambulatoire.	Recueil des données par entretiens semi-structurés individuels élaborés par l'équipe de RDB et analysés par théorisation ancrée.	Analyse qualitative du discours lors des entretiens .	Vingt-deux stratégies de coping différentes ont émergé des entretiens, dont quatorze centrées sur les émotions, cinq centrées sur le problème et trois centrées sur la recherche de soutien. Importance du cercle extrafamilial et l'intérêt de la participation de la fratrie à la prise en charge thérapeutique. Il faut donc soutenir, guider et informer les fratries.

Tableau 3. Etudes cliniques						
Auteur, année, référence, pays	Objectif	Méthodologie, niveau de preuve	Population	Intervention	Critères de jugement	Résultats et signification
2015 Jul France (34)						

4 Suivi

Devant une littérature récente très limitée concernant le suivi, les recommandations du PNDS s'appuient sur les recommandations internationales disponibles.

Tableau 2. Revues systématiques de la littérature

--

Auteur, année, référence, pays	Objectif	Stratégie de recherche renseignée (oui/non)*	Critères de sélection des études	Populations et techniques (ou produits) étudiées	Critères d'évaluation	Résultats et signification

* date de début et fin de la recherche, bases de données, mots clés renseignés

Tableau 3. Etudes cliniques						
Auteur, année, référence, pays	Objectif	Méthodologie, niveau de preuve	Population	Intervention	Critères de jugement	Résultats et signification
Herpertz-Dahlmann, B., Dempfle, A., Egberts, K. M., Kappel, V., Konrad, K., Vloet, J. A., & Bühren, K. (2018). Outcome of childhood anorexia nervosa- The results of a five- to ten-year follow-up study. The International Journal of Eating Disorders, 51(4), 295–304. (35)	L'objectif de la présente étude était d'examiner l'évolution des patients atteints d'anorexie mentale avant l'âge de 14 ans.	Etude prospective. Soixante-huit anciens patients consécutifs qui répondaient aux critères DSM-IV de l'AN et qui avaient été traités dans l'un des trois hôpitaux universitaires allemands ont été invités à participer à une étude de suivi. L'indice de masse corporelle, la taille, l'issue du trouble alimentaire, la morbidité psychiatrique et la qualité de vie liée à la santé (QVLS) ont été évalués par un examen personnel après une période moyenne de 7,5 ans (intervalle : 4,5-11,5 ans) après l'admission.	68 patients atteints d'anorexie mentale avant l'âge de 14 ans qui avaient été traités dans l'un des trois hôpitaux universitaires allemands	Etude de suivi. L'indice de masse corporelle, la taille, l'issue du trouble alimentaire, la morbidité psychiatrique et la qualité de vie liée à la santé (QVLS) ont été évalués par un examen personnel après une période moyenne de 7,5 ans (intervalle : 4,5-11,5 ans) après l'admission	L'indice de masse corporelle, la taille, l'issue du trouble alimentaire, la morbidité psychiatrique et la qualité de vie liée à la santé (QVLS)	Un patient était décédé. Cinquante-deux sujets d'un âge moyen de 12,5 (SD 1,0) ans à l'admission et de 20,2 (SD 2,0) ans au suivi ont accepté de participer à l'évaluation de suivi, soit 77,9 % de l'échantillon initial. Environ 41% des participants ont eu un bon résultat, tandis que 35% et 24% ont eu des résultats intermédiaires et médiocres, respectivement. Vingt-huit pour cent de l'échantillon répondait aux critères du DSM-IV pour un trouble psychiatrique actuel non lié au trouble alimentaire et 64 % répondait aux critères pour un trouble psychiatrique passé non lié au trouble alimentaire. La QDV mentale et la

Tableau 3. Etudes cliniques						
Auteur, année, référence, pays	Objectif	Méthodologie, niveau de preuve	Population	Intervention	Critères de jugement	Résultats et signification
						psychopathologie spécifique au DE étaient fortement associées à l'issue de l'AN. La taille moyenne était inférieure à la normale. Un poids plus élevé à l'admission était le seul facteur prédictif positif significatif de l'évolution.
Bryant-Waugh, R.; Knibbs, J.; Fosson, A.; Kaminski, Z.; Lask, B. Long term follow up of patients with early onset anorexia nervosa. Arch. Dis. Child. 1988, 63, 5–9. (36)	Evolution et pronostic de l'anorexie mentale à début précoce	Etude prospective	30 enfants souffrant d'anorexie mentale (âge moyen au début du traitement : 11,7 ans)	évaluation du devenir des patients par un entretien médical, des auto-questionnaires remplis par les parents, un questionnaire rempli par le médecin traitant	Le poids et la croissance, l'état menstruel, le comportement alimentaire, l'état psychiatrique et l'adaptation psychosociale et l'adaptation psychosociale et psychosexuelle	Un suivi à long terme (7,2 ans en moyenne) de 30 enfants souffrant d'anorexie mentale (âge moyen au début du traitement : 11,7 ans) a été réalisé. Le résultat n'a été bon que chez 18 d'entre eux (60 %), 10 enfants restant modérément à sévèrement atteints et deux étant décédés. Les facteurs de mauvais pronostic comprenaient un âge précoce au début de la maladie (moins de 11 ans), la dépression pendant la maladie, une vie familiale perturbée et les familles monoparentales, ainsi que celles dans lesquelles l'un des parents ou les deux avaient été mariés auparavant.

5. Questions non résolues

En date du 17 juin 2022 :

- Le groupe de travail n'a pas réussi à aboutir à un consensus sur la limite basse de fréquence cardiaque chez l'enfant devant être retenu comme critère d'hospitalisation temps plein.

Pour certains membres du groupe de travail, une Fc <50 battements par minute en journée chez l'enfant de moins de 12 ans peut constituer un critère d'hospitalisation temps plein.

Les recommandations françaises HAS 2010 citent un seuil de fc<40/min chez l'enfant et l'adolescent parmi les critères d'hospitalisation.

Les recommandations américaines de l'AAP 2021 préconisent d'hospitaliser tout enfant avec une bradycardie sévère définie comme : fc<50 battements par minute le jour ; <45 battements par minute la nuit.

- Certains membres du travail souhaitaient hiérarchiser les thérapies non médicamenteuses optionnelles afin de distinguer celles faisant consensus au sein du groupe de travail et celles ne faisant pas consensus au sein du groupe de travail. Cette proposition a été débattue et rejetée par un vote d'une courte majorité. Ainsi les prises en charges thérapeutiques non médicamenteuses optionnelles ne sont pas hiérarchisées, seulement listées dans le PNDS.

Références Bibliographiques

1. German Society for Psychosomatic Medicine and Medical Psychotherapy (DGPM), German Society for Eating Disorders (DGEES), German Society for Child and Adolescent Psychiatry, Psychosomatic Medicine and Psychotherapy (DGKJP). German Association for Psychiatry, Psychotherapy and Neurology (DGPPN), German College for Psychosomatic Medicine (DKPM), German Psychological Society (DGPS; 2020). Joint German Guideline “Diagnosis and treatment of eating disorders.” 2021.
2. Hornberger LL, Lane MA. Identification and Management of Eating Disorders in Children and Adolescents. *Pediatrics*. 2021;147(1).
3. Couturier J, Isserlin L, Norris M, Spettigue W, Brouwers M, Kimber M, et al. Canadian practice guidelines for the treatment of children and adolescents with eating disorders. *J Eat Disord*. 2020;8(1):1–80.
4. Danish Health Authority. Clinical Guideline for the treatment of Anorexia Nervosa. 2019.
5. HAS. Diagnostic de la dénutrition de l'enfant et de l'adulte. 2019.
6. National Institute for Health and Care Excellence. Eating disorders: Recognition and treatment. NICE; 2017.
7. Hay P, Chinn D, Forbes D, Madden S, Newton R, Sugenor L, et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders. *Aust N Z J Psychiatry*. 2014;48(11):977–1008.
8. Psychiatrists RC of. Junior MARSIPAN: management of really sick patients under 18 with anorexia nervosa. Royal College of Psychiatrists London; 2012.
9. Haute Autorité de Santé. Anorexie mentale: prise en charge. Paris HAS. 2010;
10. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. *Am J Psychiatry*. 2006;163:4–54.
11. Herpertz-Dahlmann B, Dahmen B. Children in need—Diagnostics, epidemiology, treatment and outcome of early onset anorexia nervosa. *Nutrients*. 2019;11(8):1932.
12. Kwok C, Kwok V, Lee HY, Tan SM. Clinical and socio-demographic features in childhood vs adolescent-onset anorexia nervosa in an Asian population. *Eat Weight Disord EWD*. 2020 Jun;25(3):821–6.
13. Jenkins ZM, Chait LM, Cistullo L, Castle DJ. A comparison of eating disorder symptomatology, psychological distress and psychosocial function between early, typical and later onset anorexia nervosa. *J Eat Disord*. 2020 Nov 4;8(1):56.
14. Jaite C, Bühren K, Dahmen B, Dempfle A, Becker K, Correll CU, et al. Clinical Characteristics of Inpatients with Childhood vs. Adolescent Anorexia Nervosa. *Nutrients*. 2019 Oct 28;11(11).
15. Albinhac AMH, Jean FAM, Bouvard MP. [Study of parental bonding in childhood in children and adolescents with anorexia nervosa]. *L'Encephale*. 2019 Apr;45(2):121–6.
16. van Noort BM, Lohmar SK, Pfeiffer E, Lehmkuhl U, Winter SM, Kappel V. Clinical characteristics of early onset anorexia nervosa. *Eur Eat Disord Rev*. 2018;

17. Thibault I, Pauzé R, Bravo G, Lavoie É, Pesant C, Di Meglio G, et al. [What Are the Individual, Family, and Social Characteristics Differentiating Prepubertal from Pubertal Anorexia Nervosa?]. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr*. 2017 Dec;62(12):837–44.
18. van Noort BM, Pfeiffer E, Ehrlich S, Lehmkuhl U, Kappel V. Cognitive performance in children with acute early-onset anorexia nervosa. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2016 Nov;25(11):1233–44.
19. Wallin U, Råstam M. Childhood Anorexia Nervosa Compared with Low Weight Food Intake Disorder Without Weight and Shape-Related Psychopathology: A Retrospective Study of 102 Patients. *Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc*. 2016 Jul;24(4):329–33.
20. Walker T, Watson HJ, Leach DJ, McCormack J, Tobias K, Hamilton MJ, et al. Comparative study of children and adolescents referred for eating disorder treatment at a specialist tertiary setting. *Int J Eat Disord*. 2014 Jan;47(1):47–53.
21. Clarke J, Peyre H, Alison M, Bargiacchi A, Stordeur C, Boizeau P, et al. Abnormal bone mineral density and content in girls with early-onset anorexia nervosa. *J Eat Disord*. 2021 Jan 10;9(1):9.
22. Chew CSE, Kelly S, Baeg A, Oh JY, Rajasegaran K, Davis C. First presentation of restrictive early onset eating disorders in Asian children. *Int J Eat Disord*. 2021 Jan;54(1):81–7.
23. Carpine L, Charvin I, Da Fonseca D, Bat-Pitault F. Clinical features of children and adolescents with anorexia nervosa and problematic physical activity. *Eat Weight Disord EWD*. 2021 Mar 6;
24. Engelhardt C, Föcker M, Bühren K, Dahmen B, Becker K, Weber L, et al. Age dependency of body mass index distribution in childhood and adolescent inpatients with anorexia nervosa with a focus on DSM-5 and ICD-11 weight criteria and severity specifiers. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2021 Jul;30(7):1081–94.
25. Plana MT, Torres T, Rodríguez N, Boloc D, Gassó P, Moreno E, et al. Genetic variability in the serotonergic system and age of onset in anorexia nervosa and obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res*. 2019 Jan;271:554–8.
26. Lange CRA, Ekedahl Fjertorp H, Holmer R, Wijk E, Wallin U. Long-term follow-up study of low-weight avoidant restrictive food intake disorder compared with childhood-onset anorexia nervosa: Psychiatric and occupational outcome in 56 patients. *Int J Eat Disord*. 2019 Apr;52(4):435–8.
27. Kliem S, Schmidt R, Vogel M, Hiemisch A, Kiess W, Hilbert A. An 8-item short form of the Eating Disorder Examination-Questionnaire adapted for children (ChEDE-Q8). *Int J Eat Disord*. 2017 Jun;50(6):679–86.
28. Roggen I, Vanbesien J, Gies I, Van den Eede U, Lampo A, Louis O, et al. Forearm bone mineralization in recently diagnosed female adolescents with a premenarchal onset of anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*. 2016 Aug;49(8):809–12.
29. Neubauer K, Weigel A, Daubmann A, Wendt H, Rossi M, Löwe B, et al. Paths to first treatment and duration of untreated illness in anorexia nervosa: are there differences according to age of onset? *Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc*. 2014 Jul;22(4):292–8.
30. Hudson LD, Nicholls DE, Lynn RM, Viner RM. Medical instability and growth of children and adolescents with early onset eating disorders. *Arch Dis Child*. 2012 Sep;97(9):779–84.

31. Bayes A, Madden S. Early onset eating disorders in male adolescents: a series of 10 inpatients. *Australas Psychiatry Bull R Aust N Z Coll Psychiatr*. 2011 Dec;19(6):526–30.
32. Léger J, Fjellestad-Paulsen A, Bargiacchi A, Justine P, Chevenne D, Alison M, et al. One year of GH treatment for growth failure in children with anorexia nervosa: a randomized placebo-controlled trial. *J Clin Endocrinol Metab*. 2021 Mar 27;
33. Léger J, Fjellestad-Paulsen A, Bargiacchi A, Doyen C, Ecosse E, Carel JC, et al. Can growth hormone treatment improve growth in children with severe growth failure due to anorexia nervosa? A preliminary pilot study. *Endocr Connect*. 2017;6(8):839–46.
34. de Maynadier L, Noel L, Cook-Darzens S, Duriez N, Mouren MC. Coping strategies of young siblings in dealing with their sister's prepubertal anorexia nervosa: An exploratory study. In: *ANNALES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES*. MASSON EDITEUR 21 STREET CAMILLE DESMOULINS, ISSY, 92789 MOULINEAUX CEDEX 9 ...; 2015. p. 474–80.
35. Herpertz-Dahlmann B, Dempfle A, Egberts KM, Kappel V, Konrad K, Vloet JA, et al. Outcome of childhood anorexia nervosa—The results of a five-to ten-year follow-up study. *Int J Eat Disord*. 2018;51(4):295–304.
36. Bryant-Waugh R, Knibbs J, Fosson A, Kaminski Z, Lask B. Long term follow up of patients with early onset anorexia nervosa. *Arch Dis Child*. 1988;63(1):5–9.

Références Bibliographiques Complémentaires

37. Bargiacchi A, Clarke J, Paulsen A, Leger J. Refeeding in anorexia nervosa. *Eur J Pediatr*. 2019 Mar;178(3):413–422.
38. Bargiacchi, A., & Peretti, N. (2017). *Troubles des conduites alimentaires de l'enfant et de l'adolescent*. Elsevier Masson.
39. Herpertz-Dahlmann, B., Dempfle, A., Egberts, K. M., Kappel, V., Konrad, K., Vloet, J. A., & Bühren, K. (2018). Outcome of childhood anorexia nervosa-The results of a five- to ten-year follow-up study. *The International Journal of Eating Disorders*, 51(4), 295–304.
40. HAS. Quelles recherches d'anticorps prescrire dans la maladie cœliaque ? (2008) https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/fiche_buts_maladie_coeliaque.pdf
41. Halvorsen, I.; Andersen, A.; Heyerdahl, S. Good outcome of adolescent onset anorexia nervosa after systematic treatment. Intermediate to long-term follow-up of a representative county-sample. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry* 2004, 13, 295–306.
42. Nilsson, K.; Hägglöf, B. Patient perspectives of recovery in adolescent onset anorexia nervosa. *Eat. Disord*. 2006, 14, 305–311.

Annexe 1. Recherche documentaire et sélection des articles

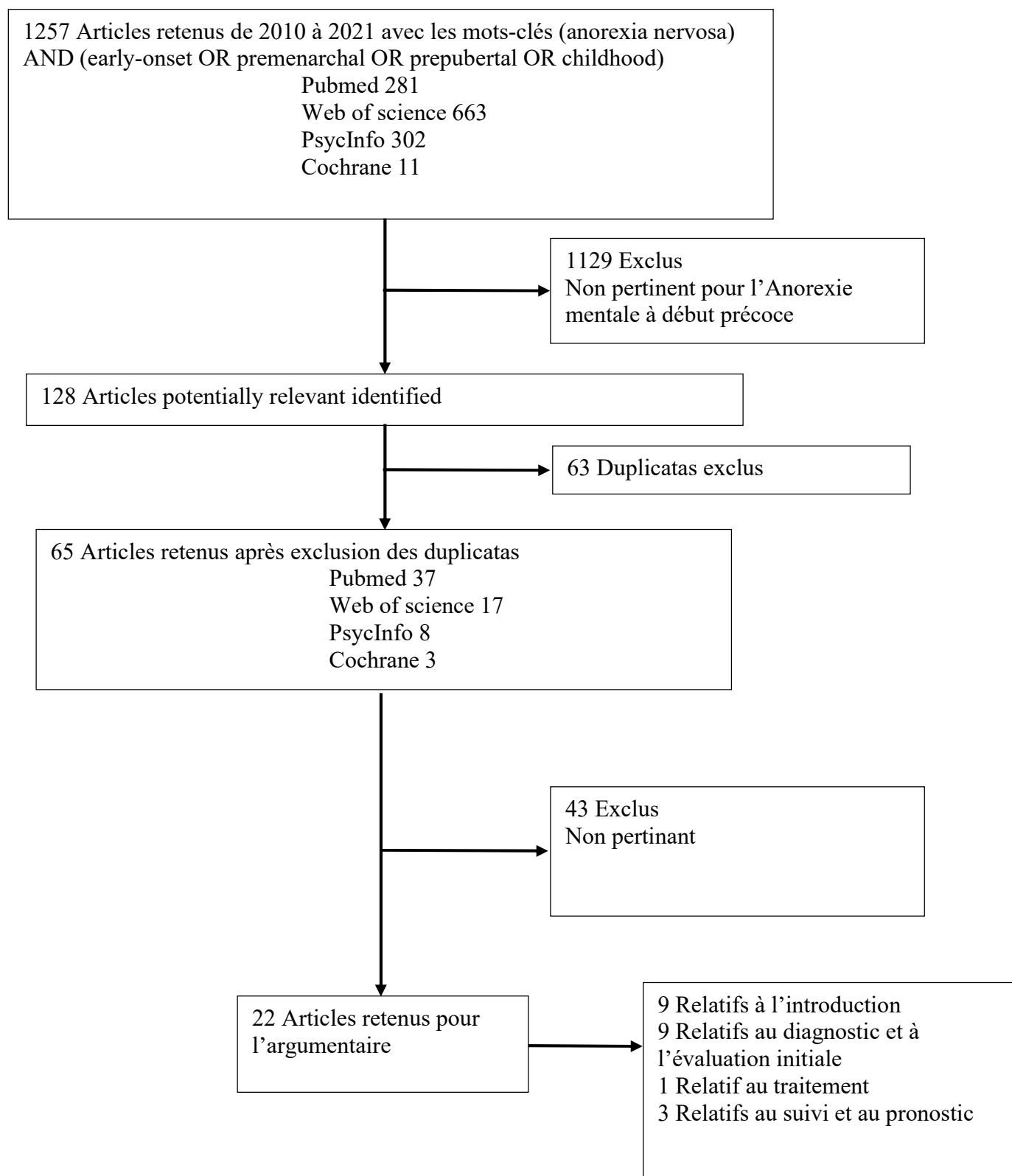
Recherche documentaire

Sources consultées	Bases de données : Pubmed, Web of Science, Cochrane, PsylInfo Sites internet : https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov , https://clarivate.com , https://www.cochrane.org/fr/evidence , https://www.psy-infos.fr
Période de recherche	2010 à 2021
Langues retenues	Anglais, français
Mots clés utilisés	(anorexia nervosa) AND (early-onset OR premenarchal OR prepubertal OR childhood)
Nombre d'études recensées	1257
Nombre d'études retenues	22

Critères de sélection des articles

Selon le type de la publication et le thème traité.

Annexe 2. Flow chart



Annexe 3. Liste des participants

Ce travail a été coordonné par la Dre Coline Stordeur, Centre de référence Maladie Rare Anorexie Mentale Prépubère (Hôpital Robret Debré AP-HP, Service de psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, 48 bd Sérurier, 75019 Paris), sous la direction du Pr Richard Delorme.

Ont participé à l'élaboration du PNDS :

Rédacteurs (par ordre alphabétique)

- D^r Anaël Ayrolles, psychiatre, Paris,
- D^{re} Flora Bat, pédopsychiatre, Marseille,
- D^{re} Julia Clarke, psychiatre, Paris,
- D^{re} Coline Stordeur, pédopsychiatre, Paris

Groupe de travail multidisciplinaire (par ordre alphabétique)

- M^{me} Clémentine Barbe, infirmière, Nantes
- D^{re} Corinne Blanchet, endocrinologue, Paris
- M^{me} Florence Bergametti, diététicienne, Paris
- D^{re} Valérie Bertrand, pédiatre nutritionniste, Le Havre
- D^{re} Emmanuelle Caldagues, endocrinopédiatre et médecin de l'adolescent, Nantes
- D^{re} Marylène Caquard, endocrinopédiatre et médecin de l'adolescent, Nantes
- M^{me} Céline André-Carletti, psychologue, Paris
- M^{me} Danièle Castellotti, Fédération Nationale des Associations liées aux Troubles des Conduites Alimentaires (FNA-TCA), Saint-Maur-des-Fossés
- D^{re} Laurence Dreno, pédopsychiatre, Nantes
- D^{re} Dominique Feneon Landou, pédopsychiatre, Clermont Ferrand
- Pr^{re} Priscille Gérardin, pédopsychiatre, Rouen
- D^r Selim Guessoum, psychiatre, Paris
- Pr Ludovic Gicquel, psychiatre, Poitiers
- Pr^{re} Juliane Léger, endocrinologue pédiatre, Paris
- D^{re} Stéphanie Legras, psychiatre, Montpellier
- M^{me} Lucile Noel, psychologue, Paris
- D^{re} Anne Paulsen, endocrinologue pédiatre, Paris
- M^{me} Hélène Poncet Kalifa, psychologue, Paris

Remerciements au Dre Anne Bargiacchi et au Pr Richard Delorme à l'origine de la labellisation initiale du CRMR AMP.

Remerciements pour leur contribution au paragraphe sur la prise en charge endocrinologique au Dre Corinne Blanchet, au Pre Juliane Léger et au Dre Anne Paulsen.

Remerciements pour sa contribution à la rédaction du paragraphe sur le recours aux associations de patients à Mme Danièle Castellotti de la FNA-TCA.

Remerciements à la Fédération Française Anorexie Boulimie (FFAB) pour son soutien.

Remerciements aux CCMR de Marseille, AP-HM - Hôpital Salvator, et de Poitiers, CH Henri Laborit ainsi qu'au Pr Philip Gorwood, service de la CMME du GHU Paris pour leur soutien.

Relecture finale (par ordre alphabétique)

- D^{re} Anne Bargiacchi, pédopsychiatre, San Francisco
- Pr^{re} Nathalie Godart, psychiatre, Paris

Pour la relecture critique de la note pour le médecin traitant:

D^{re} Erianna Bellaton, pédiatre, Paris

D^{re} Delphine Godard, médecin généraliste, Le Mans

Gestion des intérêts déclarés

Centre de référence Maladie Rare Anorexie Mentale à début Précoce

Tous les participants à l'élaboration du PNDS sur l'Anorexie Mentale à début Précoce ont rempli une déclaration d'intérêt disponible sur le site internet du centre de référence <http://crmerc.aphp.fr/pathologie/anorexie-mentale-enfant/>

Les déclarations d'intérêt ont été analysées et prises en compte, en vue d'éviter les conflits d'intérêts, conformément au guide HAS « Guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts » (HAS, 2010).

Modalités de concertation du groupe de travail multidisciplinaire

Six réunions en visioconférence ont été organisées aux dates suivantes :

- 17/11/2021
- 14/01/2022
- 16/03/2022
- 08/04/2022
- 13/05/2022
- 17/06/2022

Annexe 4. Définition de l'anorexie mentale

• Critères diagnostiques DSM 5

A. Restriction des apports énergétiques par rapport aux besoins conduisant à un poids significativement bas compte tenu de l'âge, du sexe, du stade de développement et de la santé physique. Est considéré comme significativement bas un poids inférieur à la norme minimale ou, pour les enfants et les adolescents, inférieur au poids minimal attendu.

B. Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, ou comportement persistant interférant avec la prise de poids, alors que le poids est significativement bas.

C. Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou manque de reconnaissance persistant de la gravité de la maigreur actuelle.

Note de codage : Le code CIM-9-MC pour l'anorexie mentale est 307.1, quel que soit le sous-type. Le code CIM-10-MC dépend du sous-type (voir ci-dessous).

Spécifier le type :

(F50.01) Type restrictif : Pendant les 3 derniers mois, la personne n'a pas présenté d'accès récurrents d'hyperphagie (gloutonnerie) ni recouru à des vomissements provoqués ou à des comportements purgatifs (c.-à-d. laxatifs, diurétiques, lavements). Ce sous-type décrit des situations où la perte de poids est essentiellement obtenue par le régime, le jeûne et/ou l'exercice physique excessif.

(F50.02) Type accès hyperphagiques/purgatif : Pendant les 3 derniers mois, la personne a présenté des accès récurrents de gloutonnerie et/ou a recouru à des vomissements provoqués ou à des comportements purgatifs (c.-à-d. laxatifs, diurétiques, lavements).

• Critères CIM-10 de l'anorexie mentale F50.0

Le diagnostic repose sur la présence de chacun des éléments suivants :

A. Poids corporel inférieur à la normale de 15 % (perte de poids ou poids normal jamais atteint) ou index de masse corporelle de Quetelet inférieur ou égal à 17,5). Chez les patients prépubères, prise de poids inférieure à celle qui est escomptée pendant la période de croissance.

C. Une psychopathologie spécifique consistant en une perturbation de l'image du corps associée à l'intrusion d'une idée surinvestie : la peur de grossir. Le sujet s'impose une limite de poids inférieure à la normale, à ne pas dépasser.

B. La perte de poids est provoquée par le sujet par le biais d'un évitement des « aliments qui font grossir », fréquemment associé à au moins une des manifestations suivantes : des vomissements provoqués, l'utilisation de laxatifs, une pratique excessive d'exercices physiques, l'utilisation de « coupe-faim » ou de diurétiques.

D. Présence d'un trouble endocrinien diffus de l'axe hypothalamo-hypophyso-gonadique avec aménorrhée chez la femme (des saignements vaginaux peuvent toutefois persister sous thérapie hormonale substitutive, le plus souvent dans un but contraceptif), perte d'intérêt sexuel et impuissance chez l'homme. Le trouble peut s'accompagner d'un taux élevé d'hormone de croissance ou de cortisol, de modifications du métabolisme périphérique de l'hormone thyroïdienne et d'anomalies de la sécrétion d'insuline.

E. Quand le trouble débute avant la puberté, les manifestations de cette dernière sont retardées ou stoppées (arrêt de la croissance ; chez les filles, absence de développement des seins et aménorrhée primaire ; chez les garçons, absence de développement des organes génitaux). Après la guérison, la puberté se déroule souvent normalement ; les règles n'apparaissent toutefois que tardivement.

Diagnostic différentiel : le trouble peut s'accompagner de symptômes dépressifs ou obsessionnels, ainsi que de traits de personnalité faisant évoquer un trouble de la personnalité ; dans ce cas, il est parfois difficile de décider s'il convient de porter un ou plusieurs diagnostics. On doit exclure toutes les maladies somatiques pouvant être à l'origine d'une perte de poids chez le sujet jeune, en particulier une maladie chronique invalidante, une tumeur cérébrale et certaines maladies intestinales comme la maladie de Crohn et les syndromes de malabsorption.

- Critères CIM-11 de l'anorexie mentale 6B80

L'anorexie mentale se caractérise par un poids corporel considérablement bas pour l'âge, la taille et le stade de développement de l'individu, qui n'est pas dû à une autre affection médicale ou à l'indisponibilité de nourriture. Un seuil communément utilisé est un indice de masse corporelle (IMC) inférieur à 18,5 kg/m² chez les adultes et un IMC pour l'âge en-dessous du 5^{ème} percentile chez les enfants et les adolescents. Une perte de poids rapide (p. ex. perte de plus de 20 % du poids corporel en 6 mois) peut remplacer la directive du poids corporel bas dans la mesure où les autres critères de diagnostic sont satisfaits. Les enfants et les adolescents peuvent ne pas réussir à prendre du poids comme attendu selon la courbe de développement individuelle plutôt que de perdre du poids. Le poids corporel bas s'accompagne d'un schéma persistant de comportements destinés à empêcher la restauration d'un poids normal, lesquels peuvent inclure des comportements visant à réduire l'apport d'énergie (alimentation restreinte), des comportements de purge (p. ex. se faire vomir, abuser des laxatifs) et des comportements visant à augmenter la dépense d'énergie (p. ex. activité physique excessive), habituellement associé à une peur de prendre du poids. Le faible poids

corporel ou la silhouette mince est essentiel(le) pour l'auto-évaluation de la personne ou est perçu(e) à tort comme étant normal(e) voire trop gros(se).

