Perte de poids inexpliquée

Par où commencer?

Matthieu Touchette, MD, FRCPC et Luc Lanthier, MD, MSc, FRCPC

Présenté dans le cadre de la conférence : *Défis cliniques en médecine de famille*, Université de Sherbrooke, avril 2006

Le cas d'Alice

Vous recevez votre patiente de 76 ans à votre bureau. Son conjoint est décédé il y a six mois, et elle a devancé son rendez-vous en raison de palpitations. Elle n'a aucun antécédent médical particulier autre qu'un tabagisme actif. À la revue des systèmes, vous notez une perte de poids de 9 kg depuis la mort de son mari. Elle se plaint aussi de pyrosis, qu'elle met sur le compte de son stress récent. L'examen physique est sans particularité. Elle pèse 55 kg et mesure 155 cm.

Vous décidez d'explorer cette perte de poids.

Le **Dr Touchette** est professeur adjoint à l'Université de Sherbrooke, membre du service de médecine interne au CHUS et membre de la Clinique de médecine vasculaire et d'hypertension artérielle du CHUS.

Le **Dr Lanthier** est professeur adjoint à la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke, interniste au Centre hospitalier de l'Université de Sherbrooke et membre de la Clinique de médecine vasculaire et d'hypertension artérielle du CHUS.

Q La perte de poids est-elle significative?

R Dès l'âge de 30 ans, une personne normale perd en moyenne 0,3 kg de masse maigre par année. Malgré tout, le poids total demeure généralement stable, la masse musculaire étant remplacée par de la masse adipeuse. Ce n'est pas avant l'âge de 60 à 65 ans que le poids diminue, avec une perte annuelle moyenne de 0,5 % du poids total.

Alors, quand doit-on s'inquiéter au sujet d'une perte de poids? Les études démontrent que la perte de poids est cliniquement significative lorsqu'elle est de plus de 5 % du poids ou de plus de 5 kg sur une période de six mois, de façon continue. Les signes de malnutrition sont alors généralement absents; ils n'apparaissent que lorsque la perte de poids est de plus de 20 % du poids total.

Q Est-ce fréquent?

R Selon des données de la littérature, jusqu'à 13 % des personnes âgées vivant à la maison et jusqu'à 50 % des patients gériatriques institutionnalisés présentent une perte de poids significative. De 1 à 8 % des malades se présentant en clinique mentionneront une perte de poids.

Copyright © Vente et distribution commerciale interdites
L'utilisation en autoriser est prohibée. Vous pouvez consulter, télécharger, afficher, visualiser et imprimer une copie pour usage personnel.

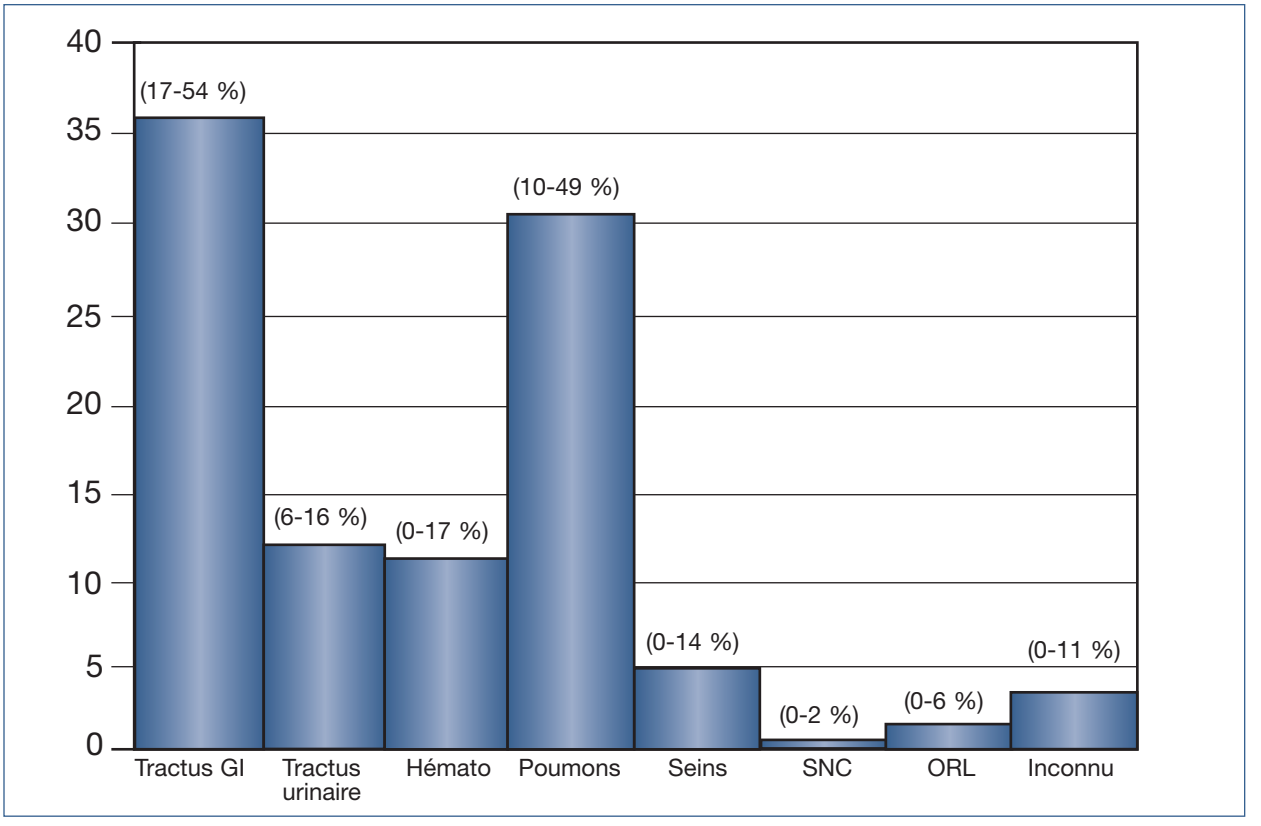


Figure 1. Fréquence des néoplasies causant la perte de poids. Les chiffres au-dessus des histogrammes représentent les pourcentages inférieurs et supérieurs selon différentes études. SNC : système nerveux central; ORL : oto-rhino-laryngologique

Tableau 1

Causes fréquentes d'une perte de poids avec appétit augmenté

- Hyperthyroïdie
- Diabète mellitus
- Malabsorption
- Phéochromocytome
- Augmentation de l'activité physique

Q Quelles sont les causes d'une perte de poids?

R De nombreuses étiologies sont à considérer. Ces causes peuvent être séparées en deux grandes catégories :

- Avec appétit augmenté (où les nutriments sont perdus dans les urines ou dans les selles, ou bien le métabolisme basal est augmenté);
- Avec diminution de l'appétit (où l'apport calorique est déficient).

Les causes les plus communes de perte de poids avec appétit augmenté (tableau 1) sont généralement aisées à identifier. Lorsque l'appétit est diminué, tous les systèmes doivent être pris en compte.

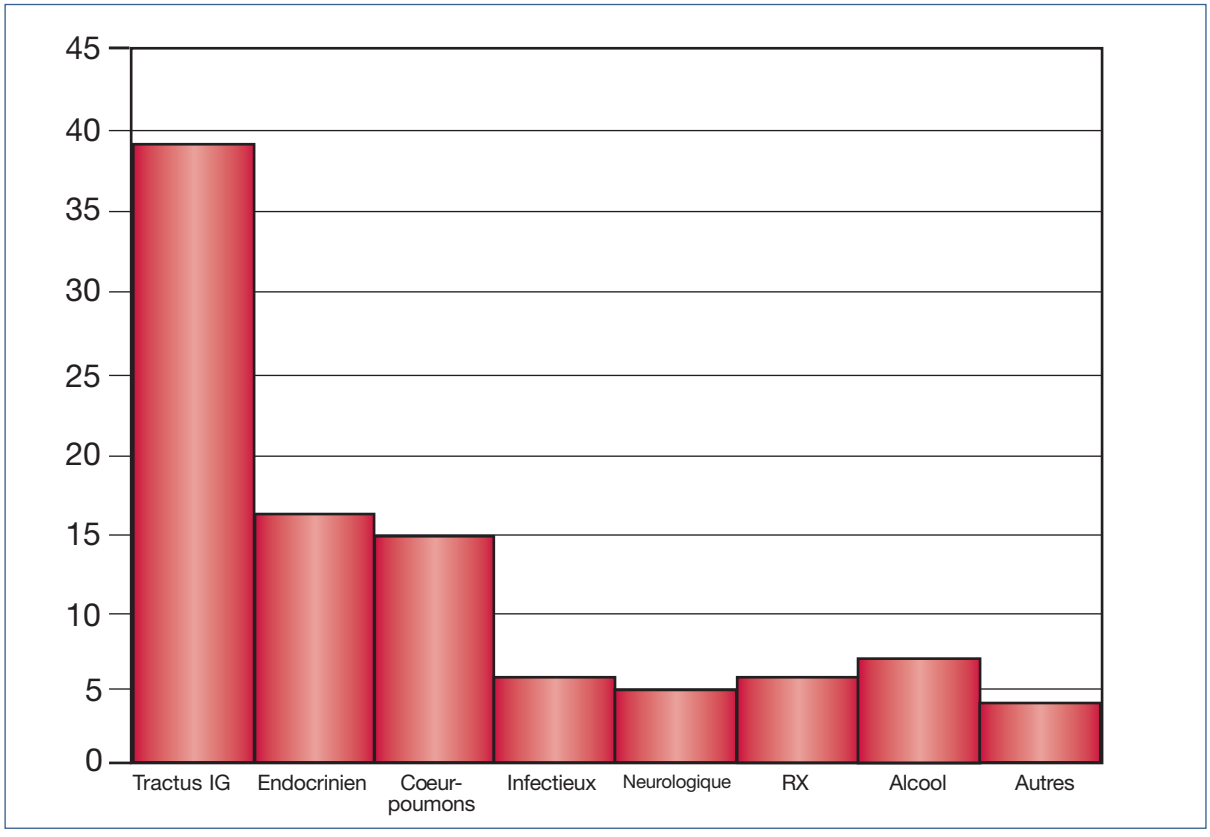


Figure 2. Fréquence (par système) des maladies non néoplasiques causant une perte de poids

Q Quelles sont les étiologies d'une perte de poids avec appétit diminué?

R La perte de poids avec appétit diminué est généralement le résultat d'une maladie organique, d'origine néoplasique ou non. Les cancers sont responsables d'environ 20 à 30 % des pertes de poids significatives. Les néoplasies gastro-intestinales (GI) et pulmonaires sont les cancers les plus souvent impliqués (figure 1).

Les problèmes organiques non néoplasiques sont, quant à eux, responsables d'environ 40 à 45 % des cas de perte de poids (figure 2). Les désordres GI en sont le plus souvent responsables : la dysphagie, les ulcères peptiques, la dysmotilité et le reflux gastro-œsophagien sont des causes relativement fréquentes. Les endocrinopathies (surtout l'hyperthyroïdie) sont également parfois retrouvées. L'insuffisance respiratoire est aussi à envisager. Trente à 70 % des patients souffrant de maladie pulmonaire obstructive chronique sévère perdront du poids de façon significative. De façon similaire, 15 à 20 % des insuffisants cardiaques vont souffrir d'une perte de masse maigre (souvent masquée par les œdèmes). Selon certaines études, la perte de poids reliée à ces deux pathologies indique un pronostic défavorable.

Quant aux problèmes psychiatriques, ils sont responsables d'environ 15 % des pertes de poids rencontrées en clinique. La dépression est de loin le problème le plus fréquent (la perte de poids est un critère de dépression dans le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,* 4e édition), alors que les problèmes démentiels sont plus communs chez les individus plus âgés.

Tableau 2

Bilan initial suggéré

- Formule sanguine complète
- Vitesse de sédimentation ou protéine C-réactive
- Créatinine et électrolytes
- Enzymes hépatiques
- Glucose
- Calcium et phosphore
- Électrophorèse des protéines sériques
- Albumine
- TSH
- Analyse d'urine
- Recherche de sang occulte dans les selles
- Radiographie pulmonaire
- Échographie abdominale
- Dépistage approprié des néoplasies selon l'âge et le sexe (APS, mammographie, PAP test, etc.)

Dans une étude, environ 50 % des patients se plaignant d'une perte de poids n'avaient, en fait, subi aucune perte pondérale lorsque pesés convenablement.

Q Comment approcher ce problème commun?

R D'abord, on doit objectiver cette perte de poids. Dans une étude, environ 50 % des patients se plaignant d'une perte de poids n'avaient, en fait, subi aucune perte pondérale lorsque pesés convenablement; de là l'importance de peser les malades à chaque visite. Il est aussi primordial de s'assurer du caractère involontaire de la perte de poids, surtout chez les jeunes patients. En effet, un amaigrissement involontaire inadéquat peut être un signe d'anorexie, par exemple.

Une histoire complète et un examen exhaustif doivent être pratiqués en gardant en tête les principales étiologies recherchées. Le questionnaire devrait inclure les aspects socioéconomiques, les habitudes alimentaires, la médication prise et l'usage de drogues et d'alcool. On doit examiner les organes les plus susceptibles d'être impliqués dans une pathologie cancéreuse, comme les seins chez la femme et la prostate chez l'homme. Le bilan paraclinique doit être fait en regard des suspicions cliniques : il doit être adapté à chaque malade. Un premier bilan est suggéré au tableau 2.

Des examens supplémentaires pourront être nécessaires selon les résultats des premiers bilans.

Une bonne investigation clinique et paraclinique permettra un diagnostic étiologique dans environ 80 % des cas de perte pondérale.

Q Si l'étiologie demeure obscure, que faire?

R Dans 20 % des cas, la perte de poids demeurera « idiopathique ». Le pronostic est alors favorable dans la plupart des cas, et une néoplasie occulte est très rare chez ces patients (< 2 %). Le poids se stabilisera dans plus de

Retour sur le cas d'Alice

La patiente dit avoir moins d'appétit depuis la mort de son conjoint. L'histoire, l'examen et les investigations paracliniques n'ont pu mettre en évidence une cause claire à sa perte de poids.

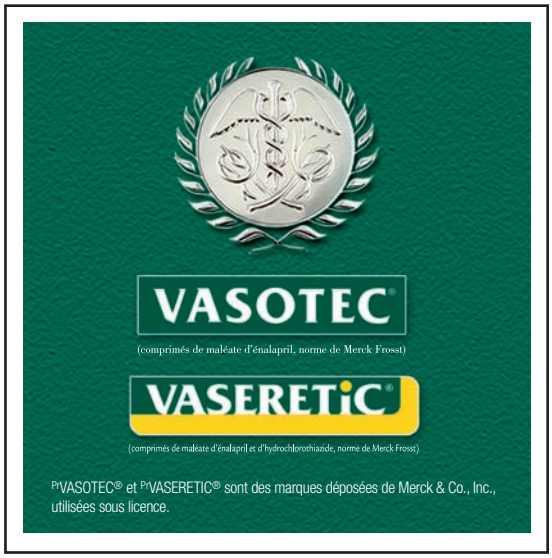
Vous avez décidé de simplement suivre l'évolution. Trois mois plus tard, elle se sent mieux et son poids s'est stabilisé à 56 kg.

85 % des cas. Seule une minorité de patients reprendra le poids perdu ou continuera de s'amaigrir.

Finalement, si l'étiologie de la perte de poids demeure indéterminée malgré une approche systématique, il est raisonnable de suivre le patient sur trois à six mois afin d'explorer toute nouvelle symptomatologie et de suivre l'évolution du poids. *Clin*

À retenir...

- Une perte de poids significative est définie comme étant une perte de poids continue de plus de 4,5 kg ou de plus de 5 % du poids habituel, sur une période de 6 à 12 mois. Cette perte de poids doit être objectivée.
- Une évaluation systématique et un bilan limité permettent un diagnostic étiologique précis chez plus de 80 % des malades.
- Les cancers, les maladies gastro-intestinales et les problèmes psychosociaux sont les principales étiologies d'une perte de poids involontaire.
- Une néoplasie occulte se présente rarement par une perte de poids isolée; les patients dont la perte de poids demeure inexpliquée après une investigation appropriée ont généralement un bon pronostic.

Références :

1. Reife, CM. Weight Loss. Harrison's Principles of Internal Medicine, 15th edition, chapter 43.
2. Bouras EP et al. Rational approach to patients with unintentional weight loss. Mayo Clin Proc. 2001; 76:923-29.
3. Lankish PG et al. Unintentional weight loss: diagnosis and prognosis. The first prospective follow-up study from a secondary referral centre. J Intern Med 2001;249:41-6.
4. Gazewood JD et al. Diagnosis and management of weight loss in the elderly. J Fam Pract 1988; 47: 19-25.
5. Alibhai SMH et al. An approach to the management of unintentional weight loss in the elderly people. CMAJ 2005; 172: 773-80.
6. Moriguti JC et al. Involuntary weight loss in elderly individuals: assessment and treatment. Sao Paulo Med J 2001; 119: 72-7.
7. Reife CM. Involuntary weight loss. Med Clin of N Am 1995; 79: 299-313.
8. Gross NJ. Extrapulmonary effects of COPD. Curr Opin Pulm Med 2001; 7: 84-92.
9. Thompson MP et al. Unexplained weight loss in the ambulatory elderly. J Am Geriatr Soc 1991; 39: 497-500.