

Recommandations du groupe de travail Patient.e.s anorexiques devant être admis.e.s en USI

Anorexie mentale chez l'enfant et l'adolescent.e: indication de traitement en unité de soins intensifs

Chez les patientes et patients anorexiques gravement malades, la question d'un traitement temporaire en unité de soins intensifs se pose. Un groupe de travail composé d'expertes et experts de Suisse alémanique a élaboré des recommandations afin de parvenir à un consensus sur la pose de l'indication.

Dr méd. Christoph Rutishauser^a; PD Dr méd. Barbara Brotschi^b; Prof. Dr méd. Jürg Hammer^c; Dr méd. Josef Laimbacher^d; Dr méd. Bjarte Rogdo^e; Caroline Stadel^f, MAS, eMBA; Dr méd. Christian Wüthrich^g; Prof. Dr méd. Alain di Gallo^h: Groupe de travail pédiatrique Patient.e.s anorexiques devant être admis.e.s en unité de soins intensifs (USI)

^a Adoleszentenmedizin, Universitäts-Kinderspital Zürich, Zürich; ^b Intensivmedizin, Universitäts-Kinderspital Zürich, Zürich; ^c Intensivmedizin, Universitäts-Kinderspital beider Basel, Basel; ^d Adoleszentenmedizin, Ostschweizer Kinderspital, St. Gallen; ^e Intensivmedizin, Ostschweizer Kinderspital, St. Gallen; ^f Pflegedirektion, Universitäts-Kinderspital beider Basel, Basel; ^g Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinderklinik, Inselspital, Universitätsspital Bern, Bern; ^h Kinder- und Jugendpsychiatrie, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Basel

Introduction

L'anorexie mentale est une maladie psychosomatique-psychiatrique qui relève à la fois de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et de la pédiatrie, car il faut tenir compte de la pathologie psychique et physique. La maladie débute le plus souvent à l'adolescence, avec des chiffres de prévalence vie-entière de 0,3–1,2% [1–3] selon la méthodologie utilisée, tandis que la prévalence ponctuelle est estimée à env. 0,3–0,5% [4]. La morbidité à long terme est considérable, de l'ordre de 20–40% [5, 6], et une guérison complète n'est obtenue que dans 50–60% des cas [7, 8]. La forte létalité à long terme a été confirmée par plusieurs études [8, 9], environ 25% des décès étant attribués au suicide et 75% à des complications médicales [9]. Le taux élevé de complications médicales illustre pourquoi ces patientes et patients devraient en principe être considérés comme gravement malades sur le plan somatique.

La prise en charge interprofessionnelle ambulatoire, axée sur la thérapie familiale et/ou cognitivo-comportementale, est le traitement de choix de l'anorexie. Néanmoins, une partie des enfants et des adolescentes et adolescents ont temporairement besoin d'un traitement stationnaire dans une clinique

pédiatrique ou psychosomatique-psychiatrique expérimentée dans la prise en charge des troubles du comportement alimentaire (TCA).

Chez les patientes et patients anorexiques gravement malades présentant une perte de poids rapide ou une insuffisance pondérale importante, de nombreux systèmes d'organes et fonctions vitales peuvent être affectés. Les principales manifestations sont la bradycardie, l'hypotension artérielle, les déséquilibres électrolytiques, les hypoglycémies, les troubles de la fonction rénale et hépatique et les troubles de la conduction ou du rythme cardiaque (par ex. syndrome du QT long). En fonction de la sévérité, un traitement médical stationnaire dans une clinique pédiatrique expérimentée dans la prise en charge des TCA est indiqué.

En cas de fonctions vitales fortement altérées, il se pose la question de l'indication d'une surveillance et d'un traitement temporaires dans une unité de soins intensifs (USI). Le traitement en USI des patientes et patients anorexiques est une épreuve considérable pour les malades et leurs proches, et représente un grand défi pour l'équipe traitante de l'USI et les professionnels des différentes disciplines impliquées, ce qui exige un haut niveau de

compétence professionnelle et une bonne collaboration interprofessionnelle. Le défi professionnel est d'autant plus grand que le traitement de tels patients et patientes en USI est un événement plutôt rare dans l'ensemble.

L'échange entre collègues de plusieurs cliniques pédiatriques suisses a débouché sur l'impression d'une pose hétérogène de l'indication pour le transfert de patientes et patients souffrant d'anorexie mentale en USI. Cette disparité était particulièrement évidente en cas de nécessité de transfert d'une clinique pédiatrique à une autre, lorsque la clinique référente partait du principe qu'un traitement en USI était indiqué, mais que la clinique sollicitée remettait en question l'indication. Dans ce contexte, des spécialistes des disciplines/professions impliquées de Suisse alémanique se sont réunis dans le cadre d'un groupe de travail constitué dans le but de trouver un consensus sur la pose de l'indication d'un traitement des patientes et patients anorexiques en USI. Les objectifs de ce groupe de travail étaient les suivants:

- clarification des modalités thérapeutiques actuelles de médecine intensive dans les cliniques pédiatriques représentées dans ce groupe de travail pour les patientes et

- patients anorexiques ayant des fonctions vitales diminuées;
- consensus sur les indications pour le traitement en USI des patientes et patients souffrant d'anorexie mentale;
 - définition des prérequis en termes de personnel et d'infrastructure pour un traitement compétent de ces patientes et patients en USI.

Ce groupe de travail a été constitué sur mandat de la Société suisse de psychiatrie et de psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent (SSPPEA) et de la Société suisse de pédiatrie (pédiatrie suisse). Ont été invités des spécialistes des domaines de la pédiatrie/médecine de l'adolescence, de la médecine intensive et de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent des cliniques pédiatriques de Suisse alémanique ayant de l'expérience dans le traitement médical des patientes et patients anorexiques gravement malades et disposant d'une USI pédiatrique. La méthodologie du groupe de travail a consisté en un échange semi-structuré entre expertes et experts, en tenant compte des lignes directrices et des études publiées, sans prétention d'élaborer des lignes directrices officielles.

Situation actuelle

Dans toutes les cliniques pédiatriques de Suisse alémanique représentées dans ce groupe de travail, seuls quelques patientes et patients anorexiques sont traités chaque année en USI. Cela s'explique notamment par le fait qu'il existe dans toutes ces cliniques pédiatriques une compétence interprofessionnelle élevée dans au moins un service de médecine pour le traitement de l'anorexie mentale, en soulignant en particulier la compétence élevée nécessaire en matière de soins infirmiers. En comparaison, l'équipe de l'USI a nettement moins d'expérience dans le traitement des personnes anorexiques, compte tenu du nombre restreint de patientes et patients par an, ce qui peut être partiellement compensé par une bonne collaboration interprofessionnelle avec les spécialistes impliqués d'autres disciplines.

Pose de l'indication

Une recherche bibliographique structurée (Medline, Google Scholar) a montré qu'il n'existe actuellement pas de lignes directrices pour la pose de l'indication d'un traitement en USI pour les patientes et patients gravement malades. Le «College Report» du «Royal College of Psychiatrists», entièrement révisé en 2022 et actualisé en 2023, sur les urgences médicales en cas de TCA décrit de manière détaillée l'évaluation des risques et la prise en charge

chez les enfants, les adolescentes et adolescents et les adultes, mais ne se prononce pas sur la pose de l'indication d'un traitement en USI [10]. De même, aucune étude publiée n'a été trouvée qui permettrait de tirer des conclusions basées sur l'évidence quant à la pose de l'indication d'un traitement des patientes et patients souffrant d'anorexie mentale dans une USI. Les présentes recommandations s'appuient donc sur les nombreuses années d'expérience des membres du groupe de travail et elles sont comparées, dans la discussion, avec les avis d'experts d'autres auteures et auteurs.

Le groupe de travail est unanime quant au fait que le transfert de patientes et patients anorexiques dans une USI constitue une exception. En raison de la charge élevée que cela représente pour les malades et leurs proches ainsi que pour l'équipe traitante, de la complexité interprofessionnelle, de l'investissement élevé en personnel et des coûts qui y sont liés, il convient de procéder à une analyse coûts-bénéfices minutieuse au cas par cas.

Les recommandations figurant dans le tableau 1 peuvent être utilisées comme repère pour la pose de l'indication d'un traitement en USI. La distinction est faite entre les indications absolues et relatives.

Indications absolues

Celles-ci concernent en premier lieu les paramètres somatiques vitaux. Il faut notamment être attentif à la présence simultanée de plusieurs paramètres vitaux instables qui s'influencent négativement les uns les autres, par exemple une bradycardie prononcée accompa-

gnée d'un trouble de la conduction marqué à l'électrocardiogramme. Il faut également tenir compte de l'évolution temporelle des paramètres vitaux pathologiques: une hypokaliémie aiguë sévère est à considérer différemment, en termes de menace vitale, d'une hypokaliémie chronique sévère durant des mois voire des années.

En cas de bradycardie sévère isolée sans trouble du rythme cardiaque concomitant, l'unanimité règne sur le fait qu'en règle générale, des médicaments cardiovasculaires spécifiques ne sont pas indiqués, mais que la réalimentation adéquate représente la principale mesure thérapeutique pour une augmentation rapide mais non agressive de la fréquence cardiaque. En plus de la surveillance des paramètres vitaux, il est nécessaire de surveiller les paramètres biochimiques afin de détecter à temps un éventuel syndrome de renutrition inappropriée.

Indications relatives

Les indications relatives pour un traitement en USI dépendent avant tout des conditions spécifiques à la clinique dans le service de médecine, par exemple des effectifs infirmiers insuffisants (surtout aux heures creuses et la nuit), l'absence de surveillance télémétrique ou les conditions spatiales internes à la clinique (par ex. longue distance entre le service de médecine et l'USI). En fonction des circonstances propres à la clinique, les patientes et patients présentant une bradycardie isolée <30/min sont par exemple surveillés dans le service de médecine ou dans l'USI.

Tableau 1: Indications pour la surveillance / le traitement en unité de soins intensifs

Indications absolues

Troubles électrolytiques graves (y compris syndrome de renutrition inappropriée sévère)

Troubles du rythme cardiaque (en plus d'une bradycardie)

Dysfonction cardiaque hémodynamiquement significative (par ex. épanchement péricardique avec hypotension artérielle et tachycardie relative)

Trouble fonctionnel cérébral sévère

Autres troubles fonctionnels organiques graves

Indications relatives (en fonction de facteurs spécifiques à la clinique)

Suicidalité aiguë: en cas d'impossibilité médicale de transfert dans une clinique de psychiatrie aiguë et d'impossibilité de surveillance individuelle 1:1 24 heures sur 24

Alimentation forcée: en cas de nécessité de sédation médicamenteuse et/ou d'absence de surveillance individuelle 1:1 dans le service de médecine

Bradycardie persistante <30/min à l'état de veille: en cas d'impossibilité de télémétrie ou de surveillance individuelle 1:1 avec possibilité d'intervention rapide

Suicidalité aiguë

Une suicidalité aiguë nécessite en principe un transfert dans une clinique de psychiatrie aiguë. Si un mauvais état général somatique concomitant ou des complications médicales manifestes rendent impossible un transfert dans une clinique de psychiatrie aiguë, la poursuite de la surveillance/du traitement dans le service de médecine de la clinique pédiatrique n'est acceptable que si une surveillance individuelle 1:1 peut être assurée 24 heures sur 24 par du personnel qualifié à cet effet. Dans le cas contraire, un transfert en USI est nécessaire.

Alimentation forcée

La majorité des membres de ce groupe de travail ne voit en principe aucune indication à une surveillance en USI en cas de nécessité d'une alimentation forcée, pour autant qu'une surveillance individuelle 1:1 permanente par du personnel qualifié soit assurée dans le service de médecine. Dans ce contexte, il faut tenir compte du défi logistique que représente la planification d'une surveillance individuelle 1:1 pour le personnel soignant. En ce qui concerne le profil bénéfice/risque, il existe des discussions controversées sur la question de savoir si, en cas de refus physique d'une personne traitée d'être alimentée par sonde gastrique, il est préférable de recourir à la sédation médicamenteuse ou à la contention physique, une combinaison des deux mesures étant parfois recommandée en tenant compte des circonstances individuelles de la personne. Pour l'acte de sondage forcé à proprement parler, du personnel supplémentaire peut être nécessaire en plus de la surveillance individuelle 1:1. Les dispositions légales nationales et cantonales relatives aux traitements sous contrainte doivent être respectées. Il est unanimement admis que la décision d'alimentation forcée ne peut être prise qu'en cas de consensus au sein de l'équipe traitante et avec l'accord des parents ou des représentants légaux et/ou – selon les bases légales – éventuellement de l'autorité de protection de l'enfant et de l'adulte. La charge émotionnelle que représente l'alimentation forcée pour les malades, les proches et l'équipe traitante nécessite une prise en charge psychologique ou psychiatrique complète pour toutes les personnes impliquées.

Prérequis en termes de personnel

Une surveillance individuelle 1:1 est considérée comme indiquée en cas de 1. bradycardie sévère sans possibilité de télémétrie ou sans possibilité d'intervention suffisamment rapide, 2. mesures limitatives de liberté graves telles que l'alimentation forcée avec nécessité de contention et/ou de sédation, 3. risque de fugue, 4. suicidalité aiguë. Si les conditions

pour une surveillance individuelle 1:1 sans faille par du personnel formé à cet effet ne sont pas réunies dans le service de médecine, une surveillance/un traitement en USI sont indiqués.

Prérequis en termes d'infrastructure

Outre la possibilité d'intervention rapide du personnel dans les services de médecine avec recours à la télémétrie en cas de bradycardie ainsi que la nécessité d'une surveillance individuelle 1:1 en cas de traitement sous contrainte et de suicidalité aiguë, il convient de souligner la complexité du traitement interprofessionnel des patientes et patients anorexiques dans les USI. En raison du faible nombre de patientes et patients, il est souvent impossible de s'appuyer sur une vaste expérience professionnelle de l'ensemble de l'équipe de l'USI, ce qui souligne l'importance du traitement interprofessionnel et des concepts de traitement documentés par écrit. Afin de disposer de ressources en personnel suffisantes avec des compétences spécialisées adéquates, la charge élevée liée au traitement interdisciplinaire de ces patientes et patients dans les USI doit être documentée de façon réaliste et, si possible, la collaboration entre les cliniques doit être encouragée. En conséquence, il convient d'insister, lors des négociations tarifaires, sur l'indemnisation des coûts réels des traitements psychiatriques-psychosomatiques complexes.

Le traitement en USI des personnes anorexiques gravement malades représente un défi particulier en raison de la complexité des modalités thérapeutiques interprofessionnelles, de l'investissement en temps considérable et de la charge émotionnelle élevée face à des problématiques éthiques difficiles. Il est par conséquent estimé que le traitement en USI de ces patientes et patients gravement malades doit en principe être rattaché à la médecine hautement spécialisée (MHS), afin de créer des conditions de traitement optimales. La majorité des représentantes et représentants des cliniques n'est toutefois actuellement pas favorable à la création de seulement 1–2 centres de compétences hautement spécialisés en médecine intensive, car le risque économique lié au besoin de personnel supplémentaire n'est actuellement pas calculable de manière fiable, compte tenu de la forte fluctuation de l'utilisation du personnel et des locaux. La répartition actuelle de ces patientes et patients dans plusieurs USI pédiatriques permet en outre de mieux pallier les goulots d'étranglement en termes de capacités dans les USI.

Discussion

Faute de données probantes, les recommandations élaborées par le groupe de travail concer-

nant les indications de la surveillance et du traitement en USI des enfants et des adolescentes et adolescents souffrant d'anorexie mentale se basent sur l'expérience clinique des auteures et auteurs et sur les directives internes à leurs cliniques. Ces recommandations ne constituent donc pas des lignes directrices répondant aux exigences de critères basés sur l'évidence et/ou d'analyses éthiques-juridiques.

Les motifs de traitement en USI énumérés parmi les indications absolues ne prêtent en principe guère à discussion. Les publications disponibles soulignent toutes le caractère sérieux des complications médicales graves. Plusieurs études et rapports de cas ont montré que l'insuffisance pondérale sévère peut sérieusement affecter le fonctionnement de différents systèmes d'organes et finalement entraîner un arrêt circulatoire.

Edakubo S et al. ont montré, dans une analyse de 6937 personnes anorexiques traitées dans 885 hôpitaux de soins aigus, que 195 décès sont survenus à l'hôpital, ce qui représente 2,8% des personnes traitées [11]. Dans l'analyse de régression multivariée, l'âge lors de la première hospitalisation, l'importance de l'insuffisance pondérale, les comorbidités et l'hypotension artérielle étaient associés à un risque accru de létalité, contrairement à la fréquence des hospitalisations, à la bradycardie et aux autres troubles psychiatriques. Dans cette publication, il n'y avait toutefois pas de définition de la bradycardie et aucune analyse en fonction de la sévérité de la bradycardie n'a été effectuée.

Une autre étude, menée par Vignaud M et al., a analysé les motifs de transfert en USI, en incluant 30 USI en France [12]. Sur une période de deux ans, onze USI ont accueilli un total de 68 adultes souffrant d'anorexie mentale (les 19 autres USI n'ont enregistré aucune admission). Les principaux motifs d'admission en USI étaient les suivants: déséquilibres métaboliques, surveillance pendant la phase de réalimentation, surdosage volontaire de médicaments, infections, troubles hémodynamiques et troubles neurologiques. Les complications les plus fréquentes pendant le traitement en USI étaient l'insuffisance rénale aiguë (30%), les troubles hépatiques (27%), ainsi que les troubles métaboliques tels que l'hypokaliémie (24%) et l'hypophosphatémie (16%). Au total, sept patientes et patients sont décédés pendant leur traitement en USI, dont cinq en raison d'une défaillance multiorganique liée à des troubles électrolytiques sévères et à une insuffisance hépatique aiguë et deux en raison d'une hypoxémie réfractaire. Les complications métaboliques et hépatiques ont été déclenchées dans 10–20% des cas par la phase de réalimentation. Ces chiffres prouvent la nécessité d'une

surveillance intensive et d'analyses de laboratoire chez les personnes anorexiques hospitalisées pendant les 1–2 premières semaines de la réalimentation. Ils montrent également que le taux de mortalité ne doit pas être sous-estimé, même en milieu stationnaire.

S'agissant des indications relatives, outre les considérations médicales, des facteurs éthiques-juridiques et organisationnels jouent également un rôle. Le traitement sous contrainte en cas de suicidalité aiguë et de refus de s'alimenter représente un grand défi pour les malades, leurs proches et toute l'équipe traitante. Sur le plan professionnel, il y a d'une part la prise de décision, qui doit tenir compte des législations nationales et cantonales ainsi que des directives de l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM). Dans le cas d'un traitement contre la volonté d'une patient / d'un patient, la distinction doit être faite entre le fait que la personne laisse le traitement se dérouler malgré son attitude hostile et le fait qu'elle s'y oppose activement. Dans ce dernier cas de figure, compte tenu de la charge émotionnelle pour la personne concernée, ses proches et les professionnels impliqués, une surveillance intensive (surveillance individuelle 1:1) est justifiée, même sans nécessité de sédation médicamenteuse, et est parfois stipulée dans les directives internes à la clinique. La question de la nécessité de demander un placement à des fins d'assistance (PAFA) pour une personne mineure incapable de discernement et lorsque les professionnels et les proches ayant l'autorité parentale sont d'accord est controversée parmi les expertes et experts [13]. Les directives de l'ASSM sur le traitement sous contrainte recommandent, en cas de doute, de demander un PAFA également pour les mineurs souffrant d'une maladie psychiatrique, et certains cantons ont édicté des directives ou des lois spécifiques à ce sujet.

Parmi les indications relatives figure également la bradycardie sévère avec fréquence cardiaque <30/min sans présence simultanée d'autres facteurs de risque cardiaques (par ex. syndrome du QT long, insuffisance ventriculaire gauche, troubles électrolytiques sévères), dans la mesure où il n'existe aucune possibilité d'intervention rapide par télémétrie ou surveillance individuelle 1:1. Alors qu'une surveillance en USI s'impose sans aucun doute en cas de bradycardie et de facteurs de risque cardiaques manifestes supplémentaires, il n'existe pas de lignes directrices basées sur l'évidence dans la littérature pour la bradycardie isolée sans autres facteurs de risque manifestes. Philip S. Mehler souligne que la plupart des expertes et experts s'accordent sur le fait qu'une fréquence cardiaque <30/min justifie au minimum une surveillance par télémétrie et éven-

tuellement dans une USI [14], l'indication d'une surveillance en USI dépendant de la présence d'autres complications médicales ainsi que de la disponibilité de ressources en personnel dans les services de médecine [15]. D'autres publications soulignent uniquement la nécessité d'une télémétrie continue, sans se prononcer sur la question de la surveillance dans une USI [16]. Seuls quelques auteures et auteurs s'expriment spécifiquement sur les indications de la surveillance en USI [17, 18]. Dans une publication française sur le devenir de 29 patientes et patients anorexiques après un traitement dans une clinique médicale, un indice de masse corporelle <12 kg/m² a été cité comme critère absolu pour un transfert en USI [17]. En outre, d'autres paramètres ont été mentionnés pour un transfert en USI, bien qu'il ait été souligné que le fait de ne pas atteindre ou de dépasser un seul des paramètres suivants ne constituait pas une indication absolue pour un transfert en USI, mais que plusieurs critères étaient le plus souvent remplis pour qu'un transfert ait lieu, par exemple une combinaison de pression artérielle systolique basse, de bradycardie ou de tachycardie, de syndrome du QT long, d'hypothermie, d'élucution ralentie ou de difficulté à se tenir debout et de troubles électrolytiques sévères.

Des études sur la fonction cardiaque et sur les altérations myocardiques (par ex. fibrose myocardique) ainsi que des rapports de cas ont démontré que l'insuffisance pondérale sévère peut altérer la fonction cardiaque et finalement conduire à un arrêt circulatoire [19–21], les 1–2 premières semaines de la phase de réalimentation étant considérées comme une période de grande vulnérabilité aux complications cardiaques [22]. Par conséquent, les patientes et patients anorexiques présentant une insuffisance pondérale importante ou une perte de poids très rapide au cours des mois précédents doivent être surveillés de manière plus intensive, en particulier au début de l'hospitalisation, pendant la phase de réalimentation, à condition de disposer de possibilités d'intervention rapide telles que la télémétrie ou la surveillance individuelle 1:1.

Conclusion

Le consensus du groupe de travail sur les indications pour la surveillance et le traitement des patientes et patients souffrant d'anorexie mentale en USI a abouti à la distinction entre indications absolues et relatives, qui tient compte non seulement des facteurs spécifiques à la patiente/au patient, mais aussi des conditions liées à la clinique. Tandis que les indications absolues sont basées sur des lignes directrices médicales générales, les indications relatives

reposent sur les avis des expertes et experts du groupe de travail, qui sont en accord avec les quelques avis d'experts publiés au niveau international.

Correspondance

Dr méd. Christoph Rutishauser
Adoleszentenmedizin
Universitäts-Kinderspital Zürich
Eleonorenstiftung
Steinwiesstrasse 75
CH-8032 Zürich
christoph.rutishauser[at]kisp.uzh.ch

Conflict of Interest Statement

Les auteures et auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts potentiels.

Références recommandées

- 7 Eddy K, Tabri N, Thomas J, Murray H, Keshaviah A, Hastings E, et al. Recovery from anorexia nervosa and bulimia nervosa at 22-year follow-up. *J Clin Psychiatry*. 2017;78:184–9.
- 9 Arcelus J, Mitchell A, Wales J, Nielsen S. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68:724–31.
- 10 Royal College of Psychiatrists. Medical emergencies in eating disorders: Guidance on recognition and management. College Report CR233. May 2022 (updated October 2023). Available from: [https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/better-mh-policy/college-reports/college-report-cr233-medical-emergencies-in-eating-disorders-\(meed\)-guidance.pdf?sfvrsn=2d327483_63](https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/better-mh-policy/college-reports/college-report-cr233-medical-emergencies-in-eating-disorders-(meed)-guidance.pdf?sfvrsn=2d327483_63)
- 11 Edakubo S, Fushimi K. Mortality and risk assessment for anorexia nervosa in acute-care hospitals: a nationwide administrative database analysis. *BMC Psychiatry*. 2020;20:19.
- 12 Vignaud M, Constantin J-M, Ruivard M, Villemeyre-Plane M, Futier E, Bazin J-E, et al. Refeeding syndrome influences outcome of anorexia nervosa patients in intensive care unit: an observational study. *Critical Care* 2010;14:R172:1–6.



Références

La liste complète des références est disponible sur: <https://smf.swisshealthweb.ch/fr/article/doi/fms.2023.1287901860>.