

Préambule : Le résumé suivant est rédigé à partir de notes prises au vol. Des erreurs ou fautes de frappe sont possibles.

Voici le lien pour visualiser les visioconférences HUG-CHUV :

<http://dea.hug-ge.ch/enseignement/formcontinue.html>

Nom d'utilisateur : formationcontinue

Mot de passe : pediatrie (pas de majuscule ni d'accent)

Colloque de Pédiatrie Lausanne-Genève du mardi 10 janvier 2017

« Mon enfant ne mange pas » : approche médico-psychologique des troubles de l'oralité.

Orateurs : Dr M. Bellaïche et Mme V. Leblanc, Hôpital Debré, Paris

L'oralité implique un aspect alimentaire et un aspect verbal, associé.

Aspect alimentaire : il faut satisfaire les sensations de faim, faire un échange relationnel et affectif, offrir un plaisir oral, impliquant de découvrir, investir sa bouche, de coordonner les mouvements main bouche, une exploration par la bouche (importance du positionnement comme l'enroulement); tous les sens sont en éveil : regard, toucher, sentir, interagir, porter à la bouche.

Il peut exister des problèmes d'exploration, avec absence de rythme alimentaire, difficultés et sensations douloureuses, manque de stimulation motrice globale.

Motif de consultation : Docteur, il ne mange pas.

Que faire en pratique ?

Le premier aspect est de savoir s'il y a une urgence ou non.

Il faut évaluer l'état de nutrition. Différentes possibilités existent :

- Évaluer l'index de masse corporelle (IMC) : on peut avoir une inquiétude si l'IMC est < 3%.
- Indice de Waterloo : il s'agit d'un rapport poids taille. Pour un enfant à un âge donné, on rapporte sa taille mesurée à zéro déviation standard (sur les courbes de croissance) et on calcule le poids attendu. Ceci est anormal si la différence est plus que 90% (mineure entre 80 à 90%, sévère si < 70%).
- Évaluation du rapport périmètre brachial - périmètre crânien (normalement >0.3) (Kanawati, Nature 1970)

La première question est de savoir s'il y a une dénutrition, en utilisant les trois paramètres cités.

Il faut tenir compte de l'aspect de l'enfant et rechercher des signes dysmorphiques ou des signes neurologiques, comme par exemple une hypotonie néonatale, présente dans un syndrome de Prader Willy, associée à des troubles alimentaires.

Des troubles de l'alimentation peuvent faire évoquer les syndromes suivants :

- Microdélétion 22 q11 (syndrome vélo-cardio-facial, dans lequel l'atteinte cardiaque n'est pas toujours présente. Les problèmes alimentaires sont liés à

l'insuffisance vélaire. La fréquence de ce syndrome est de 1 sur 3000, donc pas si rare que ça.

- Syndrome de Silver Russel : présent chez le retard de croissance intra-utérin. Différents critères dysmorphiques existent comme par exemple front proéminent. Souvent une nutrition artificielle est nécessaire.
- Syndrome de Cornelia de Lange : les pleurs sont excessifs, un syndrome épileptique léger est présent. On relève le signe du synophris.
- Syndrome de Smith Lemli Opitz : avec syndactylie, insuffisance gonadique.
- Syndrome de Rubinstein Taby (plus rare) associée des anomalies des extrémités.
- Syndrome de Costelo : il existe une dysmorphie faciale avec traits grossiers, cheveux crépus, mains et pieds avec aspect de lavandières. Il s'agit d'une divergence de syndrome de Noonan.
- Séquence de Pierre Robin.

Il faut rechercher une pathologie organique : par exemple des impactions alimentaires peuvent entraîner des troubles alimentaires persistants.

L'œsophagite à éosinophiles se manifeste avec des symptômes de reflux gastro-œsophagien résistant aux IPP, et signe de blocage alimentaire. Le diagnostic se pose par endoscopie. Des symptômes associés sont fréquents comme différentes maladies allergiques. L'aspect macroscopique peut être normal à l'endoscopie, des biopsies sont nécessaires. Le diagnostic est histologique avec plus de 20 éosinophiles par champs, parfois des abcès éosinophiles. Il existe des formes IgE médiées et non IgE médiées. Les patch-tests sont non concluants. Le traitement est l'éviction de l'allergène et des IPP à haute dose, ainsi que des corticoïdes topiques ingérés, soit sous forme visqueuse, soit sous forme de spray ingéré. Une évolution vers la sténose est possible. D'autres signes cliniques existent comme cassure de la courbe pondérale, eczéma, hypertrophie des amygdales.

Lors de la consultation, il est nécessaire de refaire l'anamnèse. Certains antécédents sont importants, comme par exemple intervention pour atrésie de l'œsophage, pancréas ectopique.

Problème : mon enfant mange peu.

Il existe des cas de maigreur familiale, où la personne peut manger de tout en grande quantité sans prendre de poids et en restant maigre. Souvent on observe que l'enfant bouge tout le temps, avec tapotement du pied, traduisant une consommation d'énergie accrue.

Autre situation, l'enfant est un petit mangeur, mais mange de tout. Il est très actif, ne reste pas assis, la croissance est régulière dans les petits percentiles. Souvent l'alimentation est effectuée par grignotages.

Un autre enfant refuse les morceaux. Un cas est présenté d'un enfant ayant refusé tout morceau, après avoir fait une ingestion accidentelle de corps étranger.

Un autre exemple : un enfant est hospitalisé à deux mois pour gastro-entérite, avec nutrition par sonde nasogastrique. La sonde avait dû être reposée plusieurs fois, et on avait forcé l'enfant à boire pour s'hydrater. A un an, l'enfant présentait toujours refus alimentaire, ayant nécessité la pose de d'une gastrostomie.

Un autre problème fréquent est la néophobie, le patient refuse tout nouvel aliment. Souvent, le sucré-salé passe et l'enfant se nourrit de biscuits (par ex. Tuc). La néophobie est habituelle vers l'âge d'un an.

Différents diagrammes ont été proposés pour une approche pratique de la classification de ces troubles. (Article : A practical approach to classifying and managing feeding difficulties, Benny Kerzner, Pediatrics 2015) (*pdf disponible avec arbres décisionnels* sur internet).

Le problème peut venir de l'enfant avec un problème d'appétit, ou une sélection alimentaire, ou une peur de manger. Le problème peut venir du parent avec la manière d'alimenter (sensibilité, contrôle alimentaire, trop d'indulgence ou de négligence).

Mais les difficultés alimentaires du petit enfant ne vont pas forcément perdurer à l'adolescence, et n'aboutiront par exemple pas toujours à une anorexie. Des difficultés alimentaires de l'adulte peuvent engendrer des troubles chez l'enfant. Certaines difficultés alimentaires peuvent perdurer à l'âge adulte, notamment dans les choix de nourriture.

5 à 7% des enfants de quatre ans d'une cohorte hollandaise sont des petits mangeurs. 25% des enfants à développement normal ont un trouble de l'oralité. 30% des enfants avec handicap cérébral ou moteur ont un problème d'oralité.

La consultation vise une éducation thérapeutique. Après exclusion d'une pathologie organique, et exclusion d'un problème psychiatrique (souvent l'évaluation est normale), l'enfant ne mange toujours pas. Il est nécessaire de faire un bilan de l'oralité alimentaire avec un questionnaire concernant l'alimentation lactée et l'alimentation diversifiée. Il s'agit d'un questionnaire court.

Il est important d'avoir une bonne observation impliquant une bonne anamnèse, une évaluation des acquis psychomoteurs, de la prise alimentaire, de la sensorialité, de l'examen clinique, de la pose d'un diagnostic et une organisation d'une prise en charge.

Les acquis psychomoteurs s'intéressent en particulier au tonus, à la coordination ainsi qu'au développement du langage.

Les praxies orales impliquent différents aspects, comme la succion nutritive, la succion non nutritive, la déglutition, les problèmes d'occlusion de bouche, différents aspects moteurs comme le souffler, le croquer, la mobilité de la langue, ainsi que le barrage alimentaire (nourriture placée sous la langue).

La durée d'un repas normal devrait être de 30 minutes. Il faut savoir à quel âge l'enfant a accepté quelle texture, à quel âge la diversification a commencé, quels sont les goûts de l'enfant. Il faut évaluer les compétences au biberon, à la cuillère, au verre. Il faut également évaluer le comportement et l'aspect relationnel.

« Ce que mes yeux, mon nez, mes mains n'ont pas apprivoisé, ma bouche n'y touchera pas. »

Nous vivons dans un univers de texture alimentaire et non alimentaire. Différentes structures comme le mouillé, le sec, le collant sont importants.

Évaluation sensorielle : manger implique des sollicitations visuelles, sensibles, olfactives (il existe la théorie d'intégration neurosensorielle de J. Ayres).

On peut observer des défenses visuelles, des défenses tactiles comme refus de toucher, d'être touché, écœurement, besoin de s'essuyer. Des défenses comportementales, par exemple tourner la tête à la vue de la cuillère, agitation motrice à la vue de la cuillère, fermeture de la bouche, pouvant aller jusqu'à des nausées et vomissements.

La prise en charge implique le développement sensorimoteur et des acquisitions.

On peut travailler chez le bébé sur la position, avec enroulement, permettant une coordination main bouche, permettant des auto explorations. Il faut insister sur l'importance d'offrir à l'enfant des matières différentes.

On peut procéder à des sollicitations tactiles avec le peau à peau, des massages.

On peut procéder à des sollicitations olfactives, par exemple odeur de vanille ou de fraise pouvant déclencher l'amélioration de la succion.

On peut procéder à des sollicitations orales : hochet, brosse à dents, anneau de dentition. Lors de nutrition artificielle, on peut proposer une tasse que l'enfant peut laper, de téter une sonde au bout du doigt, ou la tétine du biberon Haberman.

Il y a un chemin jusqu'à la bouche : il implique le regard, le toucher, le sentir (loto des odeurs) les stimulations orales (masticage, déglutition, mais aussi grimaces, souffler, chanter). Il est possible de toucher avec les lèvres ou à pleine bouche (jeux du bisou) Il est possible de jouer à manger : j'apprends en jouant, en l'imitant. Et il ne faut pas oublier les aspects de la vraie vie comme cuisinier.

Pour le repas, il est important d'être à table, de pouvoir observer les autres, de faire un rapprochement contenant contenu. La position assise est importante avec un bon appui du dos et des pieds.

Lors du repas, il est important de regarder, sentir, toucher. La présentation du plat peut être ludique.

Il faut adapter la texture, la qualité, le matériel. Il ne faut pas insister sur les quantités, éviter le forçage, éviter de mélanger les textures lisses et morceaux.

Il est utile d'employer la stratégie des aliments copains. L'enfant s'adapte à un aliment, et il lui est difficile de passer très rapidement d'un aliment à un autre. Il est préférable de lui proposer plusieurs fois de suite celui qu'il apprécie, de lui donner une sélection.

Il ne faut pas faire de forçage.

Il faut respecter le rythme et les compétences de l'enfant.

Si les enfants sont pris tôt dans une consultation de trouble de l'oralité, la prise en charge est plus rapide et plus efficace.