

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 (nouveau) :

<https://mediaserver.unige.ch>

Une fois sur la page d'accueil, taper dans le champ de recherche « Visio » et choisissez la bonne année académique. Puis entrer les identifiants suivants :

user : visioR, password : 2020

Colloque de pédiatrie Lausanne-Genève du mardi 20 juin 2023

« ARFID, quand l'alimentation devient une phobie »

Orateurs : Dre Catherine Myers et Dr Marco Savoia

Ylian est âgé de 13 ans. Il est arrivé à Genève à l'âge de 11 ans. Lors de la première consultation, les parents décrivent une alimentation difficile, avec une variabilité réduite. Cela pose de gros problèmes pour la cantine scolaire où l'enfant ne mange que du pain. Il est prévu d'élargir sa palette alimentaire.

A l'âge de 12 ans, il souffre de harcèlement scolaire et les difficultés alimentaires persistent.

A l'âge de 13 ans, les parents sont très inquiets. La situation est très difficile, l'enfant est très sélectif. Il continue de ne manger que du pain à la cantine scolaire. L'enfant a présenté une liste des aliments qu'il mange, une liste très précise, ou des saucisses ou des nuggets d'une seule marque sont acceptées.

En revoyant le dossier transmis, l'alimentation a toujours été difficile et très sélective.

L'examen physique était normal jusque-là, mais on observe une cassure de la courbe staturo pondérale.

L'ARFID est un trouble du comportement alimentaire avec des difficultés alimentaires survenant dès la petite enfance, également présent à l'adolescence.

Actuellement, un certain nombre d'études sont en cours.

Cela concerne différents professionnels, y compris l'approche sensorimotrice. La dimension relationnelle est aussi très importante.

L'ARFID (avoidant and restrictive food intake disease) (ou trouble restrictif et évitant de l'ingestion des aliments) est définie depuis les années 2015.

Les critères diagnostiques sont une restriction qualitative et quantitative de la prise alimentaire, avec des conséquences sévères, comme perte de poids, carence, dépendance à une alimentation entérale ou à des suppléments alimentaires, et des perturbations psychosociales (par exemple pas de cantine, problème pour les vacances). Cela définit l'ARFID.

Il y a par contre une absence d'inquiétude par rapport à la prise de poids, et une absence d'inquiétude pour l'aspect physique, pas de préoccupations par rapport à son image, au contraire de l'anorexie.

Il existe trois formes cliniques.

1) le manque d'intérêt envers la nourriture ou le manger. Très tôt, on note un manque d'intérêt pour la nourriture ou un faible appétit. Souvent, la croissance physique est faible. « Je n'ai pas faim ».

2) un évitement basé sur des aspects sensoriels de la nourriture (hauteur, texture, apparence, température). Cela aboutit à une sélectivité extrême. Il y a également une néophobie envers la nourriture.

3) une inquiétude des conséquences adverses de l'ingestion des aliments, par exemple une peur spécifique de vomir, de s'étouffer, ou d'avoir un autre inconfort digestif. Il y a l'émétophobie. La dysphagie fonctionnelle. Ceci peut être lié à un événement traumatique générant l'anxiété.

La prévalence est estimée à 1 à 5 % de la population générale. Les individus sont de tout sexe et de tout âge, mais le trouble est plus commun en bas âge. Il n'y a pas de morphologie particulière, même certains individus sont en surpoids. Le déclenchement peut être aigu ou sur la durée.

Le trouble est plus fréquent dans une population hospitalisée. En 2010, une étude sur 250 troubles du comportement alimentaire trouvait 5 % de ARFID, surtout dans la forme sélective.

Une deuxième étude a montré qu'il y avait des conditions médicales associées, et beaucoup d'anxiété.

On trouve une association avec des maladies digestives (GERD, allergie alimentaire, dysphagie). Une association avec des troubles psychologiques telle la maladie anxieuse, les troubles développementaux comme autisme et TADHA, la dépression.

Différents questionnaires structurés existent : PARDI, EDE-ARFID, EDA S, SCID 5. Pour le pédiatre, le PARDI est pratique (axé sur le problème de sélectivité alimentaire).

Le suivi médical est important pour détecter les conséquences physiques.

Sur le plan psychiatrique, la thérapie cognitivo-comportementale est actuellement la plus employée pour soigner ce trouble. Il n'existe pas de lignes directrices claires. Les thérapies peuvent être conduites à domicile.

Il n'y a pas de traitement pharmacologique documenté, mais certains médicaments ont été essayés.

Il existe des causes des facteurs de risque potentiel :

- Une prédisposition génétique (aussi importante que pour le trouble du spectre autistique). C'est une maladie héritable.
- Des événements traumatiques comme un étouffement, des vomissements, des diarrhées.

- D'autres troubles gastro entérologiques comme l'allergie
- Le tempérament, la personnalité
- Une histoire familiale d'anxiété parentale.

Un enfant anxieux a plus de problème.

Dans le TDAH il y a souvent un comportement alimentaire perturbé, avec un intérêt sélectif pour le sucre.

L'implication parentale est importante, l'accommodation des parents maintient les symptômes d'anxiété en limitant la capacité de l'enfant à faire face.

La tendance des parents à augmenter la pression sur l'enfant risque d'augmenter le grignotage.

L'existence d'une maladie psychiatrique chez le parent comme la dépression du post-partum augmente le risque.

En conclusion :

- L'ARFID est un trouble récemment décrit
- Il est retrouvé dans une population avec des conséquences somatiques.
- Il existe une hétérogénéité clinique
- Les facteurs de risque sont actuellement recherchés et de mieux en mieux identifiés.

Compte-rendu du Dr Vincent Liberek

vliberek@bluewin.ch

Transmis par le laboratoire MGD

colloque@labomgd.ch