

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 24 juin 2025

Troubles alimentaires pédiatriques

Dre Cindy Soroken, Dre Simone Hardt Steffenino, Dre Valentina Mauron-Papadimitriou, Dre Christine Cooper-Vince, Dre Julia Devarenne, Dre Anne-Sophie Sottier et Dre Laurence Bischoff

Le cas d'un enfant de quatre ans est présenté. Il a reçu le diagnostic de ARFID finalement.

Au décours d'une infection virale, il a refusé de manger et boire pendant 48 heures.

Il est né à terme, par provocation. Il y a eu une suspicion de fente palatine.

À noter également un rétrognathisme, avec morphologie spéciale.

Il avait présenté des difficultés alimentaires dès l'allaitement.

La croissance était régulière dans les petits percentile (P3), le bilan biologique avait montré un léger manque de fer.

La diversification avait été débuté à l'âge de six mois, très difficile. À partir de l'âge de deux ans, l'enfant sélectionne.

A l'âge de quatre ans, l'enfant ne prend que du lait. Il stocke la nourriture dans la bouche.

Le bilan effectué montre un examen normal, un bilan sanguin sans anomalie relevante ; un TOGD a montré un estomac horizontalisé. À l'examen ORL, il n'y a pas de trouble de la déglutition.

Le diagnostic de ARFID a été retenu, une hospitalisation a été nécessaire pour une nutrition entérale compte tenu de la cassure de la courbe et pour une réintroduction progressive d'une alimentation orale. Il s'agit d'un travail multidisciplinaire impliquant ALINEA, gastro-entérologues, ORL, logopédiste (spécialisée, liste disponible dans la présentation cliché). La sonde a pu être sevrée en six mois. À noter que les parents ont été soulagés par l'hospitalisation.

Approche scientifique : Il existe une théorie des troubles alimentaires pédiatriques, ceux-ci pouvant être liée au status psychosocial, status médical, status nutritionnel, et aux compétences alimentaires.

Un trouble alimentaire est une alimentation anormale par l'âge (modèle Goday). Il s'agit d'un aspect du développement, pouvant être lié à une pathologie somatique, un problème nutritionnel, une dysfonction des aptitudes à s'alimenter, ou des difficultés psychosociales. Le trouble est chronique s'il dure plus de trois mois. En sont exclus certains troubles comme le pica, le mérycisme.

Dans la réalité clinique, on observe :

Des difficultés alimentaires normales lors de changement alimentaire.

Une immaturité de la sphère orofaciale avec des difficultés motrices.

Des troubles oro-myo-fonctionnel (TOM), comme par exemple une hypertrophie des végétations ou des amygdales. Il existe un conflit entre alimentation et respiration.

Des troubles de l'oralité alimentaire (TOA) avec évitement des aliments pour ne pas avoir d'expérience négative.

Le syndrome ARFID avec mécanismes d'évitement encore plus marqués.

ARFID, en français » trouble de l'alimentation évitant restrictif ».

Il est nécessaire d'évaluer la quantité et la qualité de l'alimentation. Il faut évaluer la courbe de croissance, rechercher d'éventuelles carences, et évaluer l'impact psychosocial (par exemple impossibilité d'aller en dehors de la famille).

Cela implique une sensibilité neuro sensorielle. Il y a trop de sensibilité pour certains aliments ; un manque d'intérêt pour la nourriture ; une peur des conséquences adverses de l'alimentation (par exemple peur des vomissements, ou peur d'une allergie).

La prise en charge implique trois axes, avec premièrement la thérapie cognitivo-comportementale adaptée à l'âge, deuxièmement un travail parental (guidance), et troisièmement une approche pluridisciplinaire impliquant psychologues, pédiatre, logopédiste, et diététicienne.

Trouble de l'oralité : Il existe d'abord une situation prédisposante, puis des douleurs, des difficultés amenées via l'alimentation. Puis une intégration sensorielle négative, induisant un comportement difficile. La réaction parentale influence l'alimentation. Cela peut finir en trouble de l'oralité.

L'oralité implique toutes les fonctions de la sphère orofaciale, c'est-à-dire ventilation, déglutition, motricité, et relations.

Elle implique le goût, l'odorat, l'alimentation ainsi que la communication, la phonation, et le langage. « Ce que mes yeux, mon nez, et mes mains n'ont pas apprivoisé, ma bouche n'y touchera pas. »

Il y a normalement un investissement oral, le plaisir de la découverte de l'aliment, et la nécessité d'assurer les apports caloriques.

Assurer les apports implique d'être capable de prendre autre chose, de consommer les aliments importants pour la croissance, et d'accepter d'éventuels compléments.

Est-ce qu'il y a un caractère familial ou génétique ? Cela n'est pas clairement démontré, mais certainement cela a une influence (peur de nourrir l'enfant, peur de laisser l'enfant prendre n'importe quelle nourriture)

Quelques conseils : la consultation ALINEA est disponible dès quatre ans.

Les écrans sont un problème, ne sont pas conseillés en général, mais ils peuvent permettre d'enlever le focus sur l'alimentation par effet de distraction. Il y a une utilité.

Par exemple, pour un enfant refusant des morceaux, on peut conseiller de retourner à la nourriture mixée.

Il faut tenir compte de signaux d'alarme :

En cas de trouble neuro développemental, comme un trouble du spectre autistique ou le TDAH.

En cas de régression alimentaire ou de perte d'acquisition.

La sélectivité alimentaire, un petit mangeur, une longue durée des repas, un refus ou une perte de plaisir, une perte pondérale, la peur de manger sont également des signaux d'alarme.

Une comorbidité comme une pathologie organique, ORL, ou alimentaire.

Voici quelques conseils :

Il est utile de valider les inquiétudes des parents.

Il faut insister sur l'ambiance des repas, de type familial, sans tension, éviter les distractions en général.

Il est utile d'avoir des activités ludiques ciblées (manipulation de matières, ou d'ingrédients de nourriture comme la farine).

Il est nécessaire que l'enfant ait une position optimale.

Il faut éviter le forçage.

Il faut augmenter l'investissement oral en laissant l'enfant tester différents objets.

Il faut augmenter le plaisir de l'alimentation, par la découverte alimentaire ainsi que par l'aspect visuel.

Voici quelques ressources :

Site internet inforalité.fr (page professionnelle et parent) ou fimatho.fr.

Il existe aussi un outil de dépistage avec le questionnaire de Montréal.

Les difficultés alimentaires impliquent d'abord des troubles de la motricité de la sphère orofaciale, le pédiatre est en première ligne. En cas de TOM, TOA ou ARFID il est utile d'adresser l'enfant à une consultation spécialisée.

Il y a différentes structures disponibles, comme la guidance infantile, la consultation ORL, les logopédistes (cf liste dans la présentation), la consultation ALINEA.

Il est utile de faire un dépistage précoce pour éviter d'entrer dans un cercle vicieux.

Il faut orienter l'enfant selon ses difficultés.

Il faut être vigilant aux signaux d'alarme.

Compte-rendu du Dr Vincent Liberek

vliberek@bluewin.ch

Transmis par le laboratoire MGD

colloque@labomgd.ch