

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://www.hug.services/groupe/departement-enfant-et-adolescent>

La première fois il faut créer un compte externe (onglet), puis après s'identifier comme collaborateur externe.

## **Colloque de pédiatrie du mardi 15 janvier 2019**

1<sup>re</sup> heure :

### **Embouteillage au carrefour : intérêt de la consultation aérodigestive**

Dre A. Mornand, Dre L-M Petit, Dr I. Leuchter

Mélessandre est une jeune fille de 14 ans, souffrant de paralysie cérébrale sur lissencéphalie, avec épilepsie réfractaire. Elle présente des difficultés alimentaires très importantes (durée des repas une heure et demie) et des bronchites à répétition. Ce cas illustre les difficultés de prise en charge nécessitant une consultation pluridisciplinaire associant O.R.L., pneumologue et gastro-entérologue.

L'évaluation de la déglutition est faite par le Docteur Leuchter avec l'aide d'une logopédiste Madame Gygax.

Il est nécessaire d'identifier le problème :

- Type de régime (mange ou ne mange pas)
- Vomissements
- Hypersensibilité
- Problème de texture alimentaire
- Hyposensibilité
- Difficultés de déglutition
- Toux, épisode de bronchite, hospitalisation pour infection pulmonaire
- Quantité des apports
- Durée des repas

Le trouble de l'oralité peut consister en refus de certains aliments, de certaine qualité, peut consister en réflexe nauséux, ou de vomissements postprandiaux.

L'anamnèse de l'histoire « orale » consiste en durée de l'allaitement, temps de sevrage, mode de diversification, types d'exploration orale, traumatismes (sonde, chirurgie).

L'oralité est un concept décrit par Freud en 1905. La dysoralité concerne les troubles alimentaires, respiratoires, déglutition, pouvant être liés à différentes causes soit organique (par exemple difficultés neurologiques) ou psychologique.

Il faut se rappeler que l'anatomie normale du nouveau-né est d'avoir un larynx haut situé, et dans les premières semaines de vie, il n'y a pas de croisement des voies alimentaires et respiratoires. Un schéma a été montré.

L'évaluation clinique consiste en un repas test, le médecin observe le repas. Il y a trois temps de déglutition : le temps oral, le temps pharyngé (avec un réflexe d'inhibition respiratoire), et le temps œsophagien, avec son péristaltisme. Il faut observer les régurgitations, un écoulement nasal, une toux, une stase alimentaire. Un examen par nasofibroscopie peut être également pratiqué.

La prise en charge inclut un aspect de stimulation ludique, de stimulation des lèvres ; il faut adapter les textures, la posture. Des suppléments alimentaires par sonde nasogastrique doivent être envisagés.

Aspect pneumologique (Dre Mornand).

Cette jeune fille a présenté une toux grasse chronique, elle était gênée lors des repas, et devait suivre un traitement de physiothérapie respiratoire. Ceci lui permettait de mobiliser ses sécrétions. Elle n'avait jamais été hospitalisée, et avait besoin d'oxygène lors des phases post critiques (épilepsie).

A l'examen, on observait une toux grasse, un bavage, une fréquence respiratoire à 30 sans signe de détresse respiratoire. Le rachis présentait une importante déformation thoracique, malgré une scoliose opérée. Il est utile dans ce genre de situation de contacter les physiothérapeutes respiratoires pour discuter le déroulement des séances.

Il est également utile d'évaluer la colonisation bactérienne des voies respiratoires par analyse d'une aspiration des sécrétions.

Parfois il est nécessaire de compléter l'examen par un scanner thoracique.

Si la maladie pulmonaire semble symptomatique, il faut évaluer également l'oxygénation nocturne.

Chez cette jeune fille, le scanner avait montré un important épaissement bronchique avec un remodellement du parenchyme. Dans ce cas, la composante de bronchite chronique était significative, il faut toujours rechercher ce genre d'atteinte.

Il existe des facteurs aggravants tels la diminution de la clairance mucociliaire, l'importance de déformation thoracique pouvant aggraver le problème respiratoire et aboutir à une insuffisance respiratoire.

La composante de sibilances ne doit pas être surinterprétée comme un asthme. Souvent, le traitement ne fonctionne pas.

Le traitement pulmonaire consiste :

- Discuter l'indication d'une sonde nasogastrique ou gastrostomie.

- Poursuivre la physiothérapie respiratoire, selon besoin.
- Nébulisation de NaCl hypertonique
- antibiothérapie à envisager assez rapidement lors des exacerbations
- vaccination antigrippale, anti pneumocoque
- un traitement anti-asthmatique est à envisager avec prudence, et il faut l'arrêter s'il n'y a pas d'effet.

Les troubles du sommeil peuvent être présents et avoir un impact sur la qualité de vie.

Point de vue gastro-entérologie (Docteur Petit) : évaluation nutritionnelle.

Chez ces enfants, il est important d'avoir un poids. On peut employer différentes techniques, mais toujours la même pour avoir un poids fiable et reproductible. Il est également nécessaire d'évaluer la taille, malgré souvent des difficultés liées à la rétraction des membres.

Il faut évaluer la masse maigre (rapport périmètre brachial/périmètre crânien) ou l'épaisseur du pli tricipital.

À l'examen physique, il faut observer la répartition de la graisse corporelle (points d'appuis), examiner la qualité des poils et des cheveux.

Le bilan biologique est peu utile, néanmoins un bilan de débrouillage est utile tous les six mois (recommandations émises en 2017), consistant en formule sanguine complète, albumine, bilan hépatique, rénal, fer, zinc, sélénium, vitamine D, vitamine B12.

Une densitométrie osseuse doit également être envisagée.

Il faut également évaluer les besoins caloriques et procéder à un recueil diététique. Ceci est toujours difficile. Souvent, les enfants s'alimentent mieux à la maison qu'en institution.

La première étape peut constituer en supplément SNO (suppléments nutritifs oraux).

Dans une 2<sup>e</sup> ligne, une nutrition entérale par sonde nasogastrique ou gastrostomie est à envisager. Il faut toujours dédramatiser les situations, un gros travail de communication est nécessaire.

L'évaluation la plus utile et le rapport poids/taille selon l'âge, le pli tricipital, le rapport périmètre brachial/périmètre crânien (normalement > 0.27).

Des troubles moteurs digestifs sont fréquemment associés à la paralysie cérébrale. Il ne faut également pas sous-estimer les problèmes de constipation, soit liés aux effets secondaires médicamenteux, soit à l'immobilité. Les lavements répétés amènent une dilatation de l'intestin, et doivent être faits exceptionnellement. Le traitement consiste en Macrogol de 1 à 1.2 g/kg.

Le pédiatre est impliqué dans ce dépistage. Il existe un questionnaire de débrouillage utile (Kupperminc 2013 Europ J Clinical Nutr).

L'enfant est évalué en consultation commune : est-ce que la nutrition orale est adaptée ? Existe-t-il une urgence nutritionnelle, un risque de bronchoaspiration, un temps d'alimentation > 3 heures ? Dans ce cas une alimentation entérale doit être discutée, soit par sonde nasogastrique, soit par technique chirurgicale (gastrostomie par exemple).

Pour chaque enfant, il est nécessaire d'avoir un projet, et il faut évaluer si l'intensité de la prise en charge est adéquate. Ceci s'inscrit dans le contexte de la maladie de base et implique une discussion éthique.

Compte rendu du Dr V. Liberek

[vliberek@bluewin.ch](mailto:vliberek@bluewin.ch)

Transmis par le laboratoire MGD

[colloque@labomgd.ch](mailto:colloque@labomgd.ch)