

Le trouble alimentaire pédiatrique

Pascale Grevesse, Joëlle Van Wingham, Laurence Franck, Martine Dassy, Nadine Cormann, Dominique Charlier, Dominique Hermans

Équipe multidisciplinaire pour les troubles alimentaires du jeune enfant, service de pédiatrie générale, Clin. Univ. St-Luc, UCL, Bruxelles

L'alimentation est une habileté développementale se construisant étape par étape depuis la vie embryonnaire jusqu'à l'âge adulte. Beaucoup d'enfants sont considérés par leurs parents comme de mauvais mangeurs. Ces plaintes concernent principalement les enfants d'âge préscolaire et représentent une part importante des consultations chez le pédiatre. Si la plupart de ces difficultés sont passagères, elles risquent toutefois de se pérenniser chez certains enfants pour devenir un trouble alimentaire pédiatrique. Des signes d'alerte doivent éveiller l'attention des pédiatres et autres professionnels de la petite enfance: des conséquences négatives sur la croissance et l'état de santé de l'enfant, des signes fonctionnels, sensoriels et comportementaux, une inquiétude parentale à propos du déroulement des repas, etc. L'évaluation et la prise en charge du trouble alimentaire pédiatrique relèvent d'une équipe interdisciplinaire, et une intervention précoce est recommandée, afin que le développement alimentaire du jeune enfant suive autant que possible son développement morpho-physiologique.



Introduction

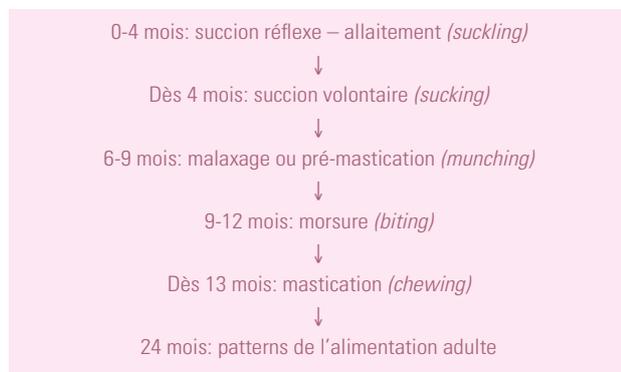
Les difficultés alimentaires du jeune enfant sont devenues l'un des motifs de consultation médicale les plus fréquents chez les jeunes enfants (1). En effet, plus de 50% des mères considèrent qu'au moins l'un de leurs enfants mange mal (2). Selon Yang (3), ces difficultés alimentaires précoces englobent tous les problèmes liés à l'alimentation, sans distinction au niveau de l'étiologie, de la gravité et/ou des conséquences notamment sur la santé de l'enfant. La plupart du temps, les parents décrivent que l'enfant refuse certains aliments (par ex. les légumes), qu'il n'accepte pas certaines textures (par ex. les morceaux), que les repas tirent en longueur (au-delà de 30 minutes) ou encore que l'enfant n'est pas autonome lors des repas, alors qu'il en a l'âge (par ex. l'enfant attend qu'on lui donne les bouchées); il s'agit des «mangeurs sélectifs» (*picky eaters*). Ces plaintes concernent principalement les enfants d'âge préscolaire (4), plaçant ainsi le pédiatre en première ligne. Il appartient à ce dernier de prendre en considération toutes les préoccupations parentales, afin de fournir des conseils et un suivi appropriés pour l'enfant et sa famille. En effet, chez 3 à 10% des enfants, les difficultés alimentaires précoces vont se pérenniser pour devenir un trouble alimentaire parfois sévère (5). Il y a lieu pour le pédiatre de prendre en charge toute situation à risque sur le plan nutritionnel. En effet, en présence d'une alimentation restrictive ou inadaptée à l'âge, la croissance de l'enfant peut être compromise en raison d'apports nutritionnels insuffisants et/ou inadéquats. En outre, les troubles

alimentaires sont rarement limités à l'enfant seul (6): ils deviennent rapidement un problème familial et constituent un facteur de stress parental majeur. Or toutes les situations qui entraînent des répercussions sur le plan familial, social et psychologique ne doivent pas être banalisées. Il est certain qu'avoir un enfant qui «ne mange pas» inquiétera inmanquablement ses parents.

Développement du comportement alimentaire

Le comportement alimentaire se construit au cours d'une succession d'étapes neuro-développementales, dès les premiers mois de la vie embryonnaire jusqu'aux environs de 4-6 ans. La déglutition fœtale apparaît à 10 semaines d'aménorrhée (SA); elle est déterminante pour la trophicité fœtale et la maturation du tube digestif. Le fœtus va déglutir des quantités de plus en plus importantes de liquide amniotique (de 500 à 1.000ml par jour) pour s'approcher des quantités que le nouveau-né déglutira dès la naissance. Les mouvements de succion figurent parmi les premiers mouvements de l'embryon (5). Présente dès le 2^e mois de gestation, la succion joue un rôle développemental; elle est en effet indispensable à la construction morphologique des organes oraux (par ex. la mandibule, la forme du palais, l'articulation temporo-mandibulaire). La succion non nutritive est fonctionnelle dès 28 SA, tandis qu'il faut attendre 36 SA pour que la succion nutritive soit mature.

Après la naissance, l'alimentation suit le même schéma chez la plupart des enfants. Le développement alimentaire suit la maturation de l'enfant (7) au niveau morpho-physiologique (la maturation dentaire, la production salivaire, la maturation du système digestif et immunitaire), au niveau de la motricité générale (par ex. la tenue de la tête, la station assise, la coordination oculo-manuelle), au niveau de la motricité orale (par ex. les mouvements linguaux et mandibulaires) et au niveau du comportement (par ex. l'autonomie) et des capacités communicatives. Au début, l'alimentation du bébé est exclusivement liquide. Elle va progressivement évoluer vers une alimentation incluant à la fois des aliments liquides et des aliments solides. En ce qui concerne les aliments solides, il s'agit d'abord d'aliments semi-liquides que l'enfant boit plus qu'il ne les mange (bouillies, purées mixées lisses), ensuite d'aliments écrasés: c'est le début des textures mixtes contenant des grumeaux, des petits morceaux tendres et enfin d'aliments à croquer et à mâcher impliquant des capacités de mordre (en lien avec l'émergence dentaire), de mastiquer, de déglutir. En 2 ans, l'enfant va adopter les patterns de l'alimentation adulte en suivant la séquence suivante:



De la naissance jusqu'aux environs de 2 ans, l'enfant réalise des expériences sensorielles (par ex. nouvelles textures) en lien avec son développement oro-moteur et inversement développe sa motricité orale en lien avec les expériences sensorielles: il apprend ainsi à reconnaître et à gérer les différents aliments qui lui sont proposés. La mastication est donc un apprentissage. Après 2 ans, l'enfant poursuit le développement de ses compétences et enrichit les patterns sensori-moteurs (8, 9). Il faut attendre l'âge de 4-6 ans pour que l'enfant atteigne une autonomie alimentaire et puisse manger seul de manière sécurisée toutes les textures d'aliments.

Des préoccupations parentales au trouble alimentaire: quelques chiffres

On ignore à ce stade si l'incidence des problèmes d'alimentation augmente ou si les professionnels de la santé et les parents s'en préoccupent davantage (10). Selon Patel (11), les problèmes d'alimentation concernent 25 à 35% des jeunes enfants. Par contre, 1 à 5% seulement présenteraient un réel trouble alimentaire avec répercussions sur la croissance de l'enfant et/ou malnutrition (12). Les difficultés alimentaires se développent la plupart du temps dans la petite enfance et plus particulièrement lors des transitions dans le mode d'alimentation,

par exemple lors du sevrage, de la diversification, de la modification des textures, de l'auto-alimentation. Manikam et Perman (6) considèrent que 80% des enfants avec retard de développement présentent des troubles alimentaires et que la plupart de ceux-ci ont des causes organiques sous-jacentes. En effet, la prévalence des troubles alimentaires augmente considérablement chez les enfants atteints de maladies aiguës ou chroniques (6, 13). Les équipes multidisciplinaires ont recensé les pathologies qui sous-tendent des troubles alimentaires graves chez les enfants de moins de 10 ans fréquentant leurs consultations:

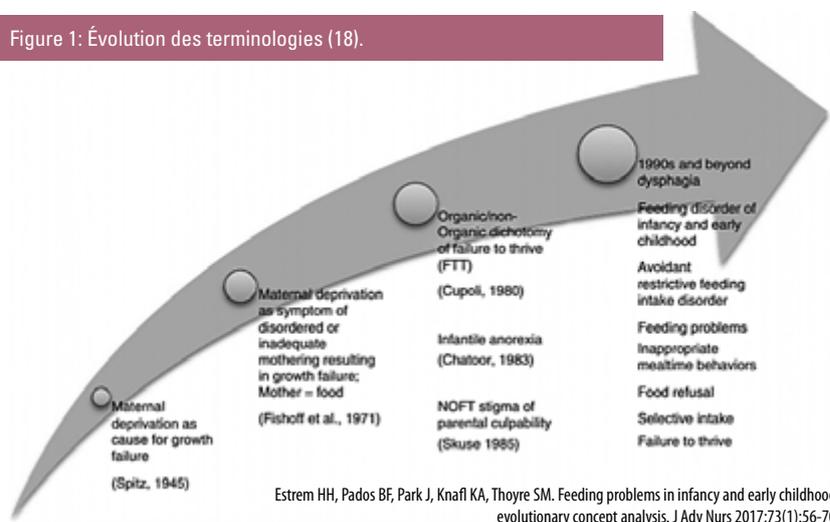
- dans 26 à 90% des cas, il s'agit d'enfants combinant des conditions médicales et des troubles sensori-moteurs de sévérité variable. On retrouve dans cette catégorie les malformations oro-faciales (par ex. fentes labio-palatines), les malformations digestives (par ex. atrésie de l'œsophage), les pathologies digestives (par ex. reflux gastro-œsophagien, allergies et intolérances alimentaires), les cardiopathies malformatives, les pathologies respiratoires, métaboliques et/ou rénales, les syndromes génétiques et des syndromes neurologiques;
- dans 23 à 43% des cas, il s'agit d'enfants présentant un retard mental, un déficit psychomoteur, un retard de développement;
- dans 10 à 49% des cas, il s'agit de conséquences d'une prématurité ou d'une dysmaturité.

Évolution d'un concept

Il faut attendre les années 1990 pour voir apparaître le concept de dysphagie pédiatrique, alors que les théories de l'attachement, souvent culpabilisantes pour les mères, sont encore bien ancrées (Figure 1) (18).

Plusieurs auteurs s'accordent pour parler d'un continuum entre le mangeur sélectif et le refus de toute forme de nourriture (6). Cependant, d'une part, on manque d'outils de mesure permettant de déterminer un degré de sévérité et, d'autre part, il n'existe pas de consensus sur les termes utilisés pour qualifier l'enfant qui mange mal. Selon la discipline (par exemple le gastropédiatre ou le pédopsychiatre), le focus peut être sensiblement différent, avec des conséquences cliniques importantes: faut-il mettre en place une attente attentive ou une réelle intervention? Le risque est grand de retarder l'identification et le traitement des enfants présentant des troubles alimentaires (14). L'âge moyen du début de prise en soins spécialisés se situe aux environs de 2 ans. Or il s'avère que les parents ont souvent signalé un problème plus tôt dans la vie

Figure 1: Évolution des terminologies (18).



de l'enfant (13). De plus, les premiers signes sont parfois hétérogènes et non spécifiques, retardant ainsi le diagnostic. En termes de qualité de soins, il est nécessaire d'avoir un consensus interdisciplinaire (14).

Le trouble alimentaire pédiatrique

Goday et al. (14) ont récemment avancé une proposition de critères diagnostiques permettant d'identifier le trouble alimentaire pédiatrique (ci-après TAP). Ce dernier consiste en une perturbation de la prise orale des aliments conforme à ce qui est attendu pour l'âge de l'enfant et qui persiste au moins 2 semaines. Il s'agit de difficultés à consommer une quantité et/ou une variété d'aliments adéquats ainsi qu'un refus ou une incapacité de manger et de boire des quantités suffisantes pour maintenir des apports nutritionnels adéquats et assurer la croissance de l'enfant (3). On distingue le TAP aigu, lorsque cette altération dure entre 2 semaines et 3 mois, du TAP chronique, lorsqu'elle persiste au-delà de 3 mois. Cette altération est associée à au moins l'un des aspects suivants :

- une pathologie médicale sous-jacente: atrésie de l'œsophage, insuffisance cardiaque, malformations de la sphère oro-faciale, etc.;
- des retentissements sur le plan nutritionnel: malnutrition, carence nutritionnelle spécifique en lien avec une sélectivité alimentaire, dépendance aux suppléments nutritionnels oraux ou à une nutrition entérale;
- des troubles des compétences alimentaires: retard de développement de la motricité orale, nécessité de modifier la texture des aliments liquides ou solides, utilisation d'une position ou d'un équipement adaptés, utilisation de stratégies adaptées;
- des retentissements sur le plan psychosocial: évitement actif ou passif de l'enfant lors des repas, inadéquation de l'attitude de l'aidant pour nourrir l'enfant, perturbation du fonctionnement social dans le contexte d'alimentation, perturbation de la relation entre le fournisseur de soins et l'enfant associée à l'alimentation.

Enfin, le TAP n'est causé ni par des processus cognitifs compatibles avec des troubles de la nutrition (par ex. l'anorexie, l'altération de l'image corporelle), ni par des habitudes d'absorption orale dues à un manque de nourriture ou conformes à des normes culturelles.

En résumé, la notion de trouble alimentaire pédiatrique s'applique à un enfant qui ne peut pas consommer une alimentation équilibrée d'aliments solides ou de liquides appropriés à son âge pour assurer sa croissance et son développement harmonieux.

Points de vigilance

Concrètement, un certain nombre de signes d'alerte doivent éveiller l'attention des cliniciens en recherche d'un éventuel TAP (8, 12, 15, 20):

- au niveau du comportement, on peut notamment identifier, pendant l'alimentation, une cambrure ou un raidissement du corps, une irritabilité ou inversement un manque de vigilance, un refus de la nourriture solide ou liquide, des troubles du comportement au repas (par ex. pleurs, fuite, stress, détresse), des conflits lors des repas, de la néophobie (peur ou refus d'expérimenter des aliments nouveaux ou inconnus), des interruptions des repas, un manque d'autonomie alimentaire, l'utilisation d'ustensiles inappropriés à l'âge (par ex. boire au biberon à 4 ans);
- au niveau de la fonctionnalité, on peut constater un retard de développement de la motricité orale (12), une incapacité à gérer en bouche différentes textures de nourriture (8), des difficultés de succion et/ou de mastication (8), une toux pendant les repas, un



bavage excessif, de la nourriture solide ou liquide sortant de la bouche ou du nez, des difficultés à coordonner la respiration en mangeant et en buvant, un étouffement lors des repas, des infections respiratoires récurrentes;

- au niveau de la sensorialité, on retrouve toutes les formes de sélectivité alimentaire (par ex. aux textures, aux couleurs), un enfant qui mange mieux les aliments préférés (ce qui peut être qualifié à tort de caprice), la présence de désordres sensoriels non alimentaires (par ex. des enfants qui ne supportent pas de toucher certaines textures)
- enfin, on peut observer des signes mixtes tels que des régurgitations et vomissements, un allongement de la durée des repas (au-delà de 30 minutes), des grimaces, la présence d'un réflexe nauséux, le refus de poursuivre le repas, une détresse en cas de forçage.

Prise en charge

L'évaluation et la prise en charge du TAP relèvent d'un travail interdisciplinaire, dans lequel l'enfant et sa famille sont des partenaires de l'équipe médicale et paramédicale (6, 16, 17). Parmi les membres de l'équipe, on peut citer les spécialistes suivants: pédiatre, ORL, pédo-psychiatre, diététicien, kinésithérapeute, logopède, infirmier, dentiste.

Tous les paramédicaux sont spécialisés en nutrition infantile. Lors des (ré)évaluations, chacun des membres de l'équipe tient compte des observations des autres thérapeutes. La prise en charge doit être coordonnée afin de déterminer les priorités médicales, rééducatives et environnementales.

De nombreux arguments plaident en faveur d'une intervention précoce, avec en priorité l'état de santé de l'enfant et sa croissance (3). Le TAP peut avoir des répercussions sur le développement cognitif, les apprentissages scolaires, l'attention, la mémoire, la régulation du comportement, les relations sociales (16, 17). Le développement alimentaire de l'enfant est étroitement lié au processus de développement oro-moteur (5, 7). Dès lors, afin d'avoir un développement harmonieux, l'enfant a besoin de réaliser des expériences sensorielles correspondant à son développement oro-moteur (7). Or la présence de troubles alimentaires chez le jeune enfant enclenche une spirale de désorganisation oro-motrice et sensorielle. La nutrition artificielle n'est pas sans danger: elle peut entraîner une «dépendance à la sonde», caractérisée notamment par une réticence à long terme pour boire et manger (19). Enfin, le TAP génère une grande anxiété parentale, les parents doutant de leur capacité à nourrir leur enfant (12).

Conclusion

Le trouble alimentaire pédiatrique est une problématique complexe englobant les troubles de l'alimentation et de la déglutition, et relevant d'une prise en charge multidisciplinaire coordonnée permettant de déterminer les priorités médicales, rééducatives et environnementales. Une intervention précoce est recommandée afin de minimiser les répercussions sur la croissance et la santé de l'enfant ainsi que les comportements inappropriés (3). La prise en charge doit inclure une guidance parentale, afin de préserver la capacité des parents à nourrir leur enfant. Dans tous les cas, les objectifs de l'équipe médicale et paramédicale veilleront autant que possible au maintien ou à l'amélioration de la qualité de vie de l'enfant et de son entourage.

Références

1. Dubedout S, Cascales T, Mas E, et al. Troubles du comportement alimentaire restrictifs du nourrisson et du jeune enfant: situations à risque et facteurs favorisants. *Archives de Pédiatrie* 2016;23(6):570-6.
2. Kerzner B, Milano K, MacLean WC, Berall G, Stuart S, Chatoor I. A practical approach to classifying and managing feeding difficulties. *Pediatrics* 2015;135(2):344-53.
3. Yang HR. How to approach feeding difficulties in young children. *Korean Journal of Pediatrics* 2017;60(12):379.
4. Linscheid TR, Budd KS, Rasnake LK. Pediatric feeding problems. 2003
5. Goulet O, Turck D, Vidailhet M. Alimentation de l'enfant en situations normale et pathologique. *Doin*. 2012
6. Manikam R, Perman, JA. Pediatric feeding disorders. *J Clin Gastroenterol* 2000;30(1):34-46.
7. Bruns DA, Thompson SD. Feeding challenges in young children: Toward a best practices model. *Infants & Young Children* 2010;23(2):93-102.
8. Morris SE, Klein MD. Pre-feeding skills: A comprehensive resource for mealtime development. Pro-ed. 2000.
9. Simione M, Loret C, Le Révérend B, et al. Differing structural properties of foods affect the development of mandibular control and muscle coordination in infants and young children. *Physiol Behav* 2018;186:62-72.
10. Borowitz KC, Borowitz SM. Feeding problems in infants and children: assessment and etiology. *Pediatric Clinics* 2018;65(1):59-72.
11. Patel MR. Assessment of pediatric feeding disorders. In *Handbook of Crisis Intervention and Developmental Disabilities* 2013 (pp. 169-182). Springer, New York, NY.
12. Cascales T, Olives JP. Troubles alimentaires restrictifs du nourrisson et du jeune enfant: avantages d'une consultation conjointe entre pédiatre et psychologue. *Archives de Pédiatrie* 2013;20(8):877-82.
13. Rommel N, De Meyer AM, Feenstra L, Veereman-Wauters G. The complexity of feeding problems in 700 infants and young children presenting to a tertiary care institution. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2003;37(1):75-84
14. Goday PS, Huh SY, Silverman A, et al. Pediatric feeding disorder: consensus definition and conceptual framework. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2019;68(1):124.
15. Arvedson JC. Swallowing and feeding in infants and young children. *GI Motility online*. 2006.
16. Silverman AH. Interdisciplinary care for feeding problems in children. *Nutr Clin Pract* 2010;25(2):160-5.
17. Silverman AH. Behavioral management of feeding disorders of childhood. *Ann Nutr Metab* 2015;66(Suppl. 5):33-42.
18. Estrem HH, Pados BF, Park J, Knaff KA, Thoyre SM. Feeding problems in infancy and early childhood: evolutionary concept analysis. *J Adv Nurs* 2017;73(1):56-70.
19. Forbes D, Grover Z. Tube feeding: Stopping more difficult than starting. *Journal of Paediatrics and Child Health* 2015;51(3):245-7.
20. Demonteil L, Tournier C, Marduel A, Dusoulier M, Weenen H, Nicklaus S. Longitudinal study on acceptance of food textures between 6 and 18 months. *Food Quality and Preference* 2019;71:54-65.

Retrouvez Percentile sur internet

www.percentile.be

