Symposium

Difficultés alimentaires du nourrisson : que faire ?

Compte rendu rédigé par
J. LEMALE
Service de Gastroentérologie et Nutrition pédiatriques, Hôpital Trousseau, PARIS.

Le mardi 19 novembre, Nutricia a organisé une session nationale participative virtuelle, Sympo'Live, sur les difficultés alimentaires du nourrisson à laquelle participaient les Drs Karine Garcette et Marc Bellaïche. En voici les points forts.

Les difficultés alimentaires sont des problèmes fréquemment rencontrés chez le jeune enfant. Le pédiatre est souvent confronté à un jeune nourrisson qui, au cours de la tétée ou de la prise du biberon, se jette en arrière, pleure ou se tortille. Les repas s'éternisent et l'émission du rot est difficile. Dans ces situations, un reflux gastro-œsophagien (RGO) ou une allergie aux protéines de lait de vache (APLV) sont souvent évoqués. La prescription d'hydrolysats poussés et d'inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) concernerait un tiers des enfants présentant des difficultés alimentaires.

RGO et APLV : des étiologies rares des difficultés alimentaires

En 2018, les experts de l'ESPGHAN ont établi que le refus alimentaire pouvait correspondre à un symptôme général du RGO, au même titre qu'une dysphagie ou une odynophagie, signes difficilement évaluables chez le nourrisson [1]. En cas de refus alimentaire associé à des pleurs, les parents évoquent d'ailleurs souvent un "reflux interne". Plusieurs études ont cependant échoué à montrer une corrélation significative entre ces symptômes et les résultats retrouvés à la pH-métrie ou à l'endoscopie [2]. L'étude d'Orenstein *et al.* a montré également qu'il n'y avait pas de différence significative d'efficacité entre un placebo et un IPP en cas de difficultés alimentaires du nourrisson [3]. Enfin, une œsophagite ne devrait pas être évoquée en premier lieu devant des pleurs, un opisthotonos ou un refus du biberon.

Dans certains cas, un test thérapeutique aux IPP pourra être tenté et poursuivi pendant 1 mois en cas d'efficacité, avec un arrêt progressif pour éviter l'effet rebond. En cas d'échec de l'arrêt du traitement, il est repris en évaluant régulièrement l'intérêt de sa poursuite. Si le traitement n'est pas efficace au bout de 1 à 2 semaines sur les symptômes, il doit bien sûr être arrêté car les IPP peuvent entraîner des effets secondaires jusque dans 34 % des cas selon la littérature [4].

Concernant l'APLV, le comité d'experts de l'ESPGHAN a établi que la dysphagie et le refus alimentaire pouvaient en être des signes révélateurs [5]. Ces symptômes isolés sont rares et concernent surtout les nourrissons atteints d'œsophagite à éosinophiles, forme d'APLV non IgE-médiée dont la prévalence est faible. Devant des difficultés alimentaires isolées, le diagnostic d'APLV est donc exceptionnel, il sera principalement évoqué en cas d'antécédents d'atopie, d'eczéma, de signes digestifs associés ou de retard de croissance.

En cas de suspicion, le meilleur test est une éviction de 2 à 4 semaines suivie d'une réintroduction. En l'absence d'efficacité, il faut reprendre un régime normal. Si l'éviction est concluante et que les symptômes récidivent à la réintroduction, le régime sera repris et poursuivi ; dans le cas contraire, le diagnostic d'APLV est réfuté. Il faut faire attention aux diagnostics abusifs d'APLV et savoir les remettre en cause car, après la diversification, ces régimes contraignants peuvent induire une mauvaise prise de poids.

En cas d'APLV avérée avec un retentissement sur la croissance pondérale, des conseils diététiques doivent être donnés chez l'enfant diversifié. L'apport en matières grasses et en féculents doit être évalué, des formules infantiles adaptées à l'âge, liquides ou sous forme de yaourts/bouillies, seront proposées. Des livres de recettes existent pour aider les familles. Si les quantités d'hydrolysats poussés ou de formules d'acides aminés restent faibles, des yaourts végétaux, enrichis en calcium, et des apports carnés plus importants devront être évalués. Il faudra néanmoins rester vigilant car plusieurs travaux ont montré que les enfants ayant eu une APLV ont plus de troubles de l'oralité, ils peuvent en effet présenter une certaine sélectivité alimentaire et mettre plus de temps à manger, tout forcing devant être évité [6].

Ces enfants ont également une attirance plus marquée pour les goûts amers.

Les pleurs infantiles ou les coliques sont aussi fréquemment associés aux difficultés alimentaires entre 0 et 3 mois. La classification des troubles alimentaires de Chatoor de 2009 décrivait un trouble alimentaire de la régulation des états (enfant agité qui n'arrive pas à manger) : durant cette période, il faut s'adapter à cet état, éviter le forcing alimentaire, être très rassurant quand la prise de poids est bonne malgré des ingesta qui semblent faibles.

Ainsi, dans cette période difficile pour la mère, nous l'avons vu, le diagnostic de RGO ou d'APLV est rare. Il faut avant tout accompagner, rassurer et déculpabiliser.

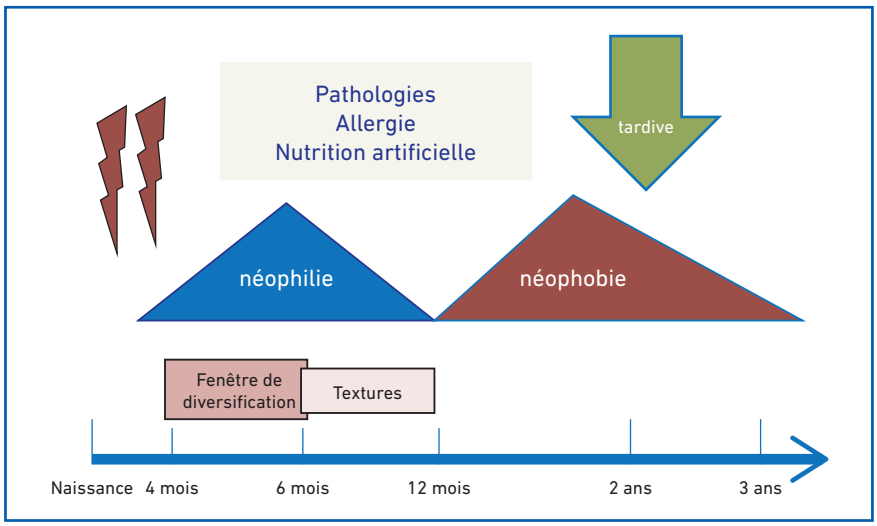

Fig. 1 : Facteurs environnementaux influençant la survenue d'un trouble de l'oralité.

Conduite à tenir devant un enfant qui refuse de manger

Il est important, dans un premier temps, d'évaluer les antécédents médico-chirurgicaux avec notamment la recherche d'une chirurgie précoce du tube digestif, d'une pathologie ayant nécessité ou non une nutrition artificielle. En effet, tout événement survenant à l'âge de la néophilie, c'est-à-dire entre 4 et 12 mois, au moment de la diversification alimentaire et de l'introduction des différentes textures, peut être néfaste et conduire à une néophobie plus tardive, plus ancrée, avec des difficultés alimentaires marquées (***fig. 1***).

La 2e étape consiste à éliminer un syndrome génétique, notamment un syndrome de Silver Russell, un syndrome vélo-cardio-facial, un syndrome de Williams, un syndrome de Prader-Willi ou une séquence de Pierre Robin. Indépendamment de la dysmorphologie, il faut savoir évoquer ces pathologies devant des signes associés comme un petit poids de naissance, une dyscalcémie, une cardiopathie.

Un diagnostic précoce est important pour accompagner et prescrire les bons examens. Il est nécessaire également de rechercher une pathologie sous-jacente pouvant conduire à des difficultés alimentaires, c'est-à-dire à l'origine d'une dysphagie, mais également des maladies plus générales.

Le retentissement des troubles alimentaires doit être recherché par l'appréciation de l'état nutritionnel (rapport PB/PC) et la cinétique de la courbe de croissance. Enfin, la dyade mère-enfant doit être évaluée. Il faut éliminer une éventuelle anorexie d'opposition, une anorexie psychiatrique, un trouble du spectre autistique et une anorexie par trouble de l'attachement.

À ce stade de la consultation, une orientation diagnostique fonctionnelle peut être envisagée. D'éventuels troubles de l'interrelation familiale (culpabilisation de l'entourage, quantités proposées excessives) et l'acquisition psychomotrice, notamment entre 6 et 10 mois, seront évalués. L'enfant mange grâce à un processus sensoriel qui passe par le fait de regarder, de toucher, de sentir avant de porter à la bouche. Toute rupture de cette chaîne d'intégration sensorielle entraînera des troubles alimentaires, notamment des difficultés avec les morceaux.

Au-delà des recommandations émises en 2019 sur les difficultés alimentaires en pédiatrie, il est important de noter que les troubles de l'oralité seront prochainement intégrés dans les critères de ROME V. Les troubles fonctionnels intestinaux (TFI) ont une prévalence élevée et les troubles sont souvent intriqués entre eux. Traiter une constipation peut améliorer les difficultés alimentaires.

La nouvelle classification des troubles de l'oralité permet de distinguer 3 grands groupes de difficultés alimentaires : le petit appétit (grignotage permanent), la peur de manger (suite à un traumatisme) et la sélectivité alimentaire. Ces situations peuvent être associées les unes aux autres [7]. Ici, la notion de troubles sensoriels de l'oralité n'est pas prise en compte alors qu'elle est primordiale car, en cas de difficultés alimentaires, il faut reprendre le processus sensoriel dès le début comme cela a été décrit avec la méthode SOS (*sequential oral sensory*) : regarder, toucher, sentir, interagir, goûter en partant initialement de supports non alimentaires pour arriver progressivement à l'aliment [8].

Chez un enfant qui ne mange pas de morceaux après l'âge de 18 mois, on

Symposium

I	Développez tous les sens
II	Ne le forcez pas
III	Bien l'installer
IV	Pas de faveurs
V	Ne faites pas durer
VI	Pas d'assiettes trop remplies
VII	Pas de textures mixtes
VIII	Pas d'eau pendant le repas
IX	Rien entre les repas

Tableau I: Les 9 commandements pour les parents d'un enfant ne mangeant pas de morceaux.

n'attendra pas qu'il y ait un déclic car celui-ci ne surviendra pas dans la majorité des cas, une prise en charge précoce est donc indispensable. L'Anses a établi en 2019 les fonctions et acquisitions indispensables pour gérer les morceaux : maintenir sa tête et son dos droits dans sa chaise, savoir avaler les purées lisses et épaisses sans difficulté, réaliser des mouvements de mâchonnement lorsque quelque chose est mis en bouche, tenir un aliment dans sa main et le porter à sa bouche, se montrer intéressé par le repas.

Ainsi, devant des difficultés alimentaires du nourrisson, la guidance parentale est indispensable, le forcing et la menace sont voués à l'échec. La famille doit donc augmenter la familiarité de l'aliment sans nécessairement le faire goûter. L'exposition visuelle des aliments est importante au travers de livres ou de sorties au marché. Il est important aussi de réaliser des jeux sensoriels, basés sur le toucher ou l'odeur des aliments, en cuisinant ou en jardinant. Les repas doivent avoir lieu dans une ambiance calme, sans distraction (jeux ou écrans), chaleureuse, sans forcer l'enfant à manger et en lui montrant l'exemple.

Les 9 commandements pour les parents d'un enfant qui ne mange pas de morceaux sont résumés dans le ***tableau I***.

BIBLIOGRAPHIE

1. Rosen R, Vandenplas Y, Singendonk M *et al.* Pediatric gastroesophageal reflux clinical practice guidelines: joint rec-ommendations of the NASPGHAN and the ESPGHAN. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 2018;66:516-554.
2. Heine RG, Jordan B, Lubitz L *et al.* Clinical predictors of pathological gastro-oesophageal reflux in infants with persis-tent distress. *J Paediatr Child Health*, 2006;42:134-139.
3. Orenstein SR, Hassall E, Furmaga-Jablonska W *et al.* Multicenter, double-blind, randomized, placebo-controlled trial assessing the efficacy and safety of proton pump inhibitor lansoprazole in infants with symptoms of gastro-esoph-ageal reflux disease. *J Pediatr*, 2009;154:514-520.
4. De Bruyne P, Ito S. Toxicity of long-term use of proton pump inhibitors in children. *Arch Dis Child*, 2018;103:78-82.
5. Koletzko S, Niggemann B, Arato A *et al.*; ESPGHAN. Diagnostic approach and management of cow's-milk protein allergy in infants and children: ESPGHAN GI Committee practical guidelines. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 2012;55:221-229.
6. Maslin K, Grundy J, Glasbey G *et al.* Cows' milk exclusion diet during infancy: Is there a long-term effect on children's eating behaviour and food preferences? *Pediatr Allergy Immunol*, 2016;27:141-146.
7. Kerzner B, Milano K, MacLean WC Jr *et al.* A practical approach to classifying and managing feeding difficulties. *Pediatrics*, 2015;135:344-353.
8. Dovey TM, Martin CI. A parent-led contingent reward desensitization intervention for children with a feeding prob-lem resulting from sensory defensiveness. *Infant Child Adolesc Nutr*, 2012;4:384-393.

L'auteure a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.