Revues générales

APLV et difficultés alimentaires du jeune enfant : quand s'inquiéter ? Que proposer ?

RÉSUMÉ : Les difficultés d'alimentation du nourrisson ou jeune enfant sont des motifs récurrents de consultation chez le pédiatre. La plupart du temps passagères, elles peuvent cependant se pérenniser lorsqu'elles s'accompagnent de facteurs de risque cumulatifs. Lorsqu'à une situation alimentaire fragile s'ajoute une histoire médicale compliquée, une allergie aux protéines du lait de vache ou un reflux gastro-œsophagien sévère, on comprend l'impact direct à la fois sur la croissance et le développement du bébé mais aussi sur toute la structure familiale.

En tant que premiers recours face à ces difficultés, il est essentiel que les pédiatres et médecins généralistes qui suivent ces patients puissent connaître et repérer les signes d'alertes des troubles alimentaires pédiatriques, pour orienter au mieux vers une équipe pluridisciplinaire si nécessaire. Il est aussi primordial de débuter dès la rencontre un accompagnement de ces familles avec des pistes et conseils adaptés, pour éviter d'ancrer certains comportements peu porteurs. L'accompagnement parental et le travail en pluridisciplinarité seront la clé d'un repérage et d'une prise en soin optimale de ces jeunes patients pour éviter de pérenniser des troubles alimentaires.

A. LECOUFLE
Orthophoniste,
Hôpital Jeanne de Flandre,
CHU de LILLE.

Les difficultés d'alimentation du nourrisson ou jeune enfant sont des motifs récurrents de consultation chez le pédiatre et concernent approximativement 25 à 50 % des enfants [1]. La plupart du temps passagères, elles peuvent cependant parfois se pérenniser lorsqu'elles s'accompagnent de facteurs de risque cumulatifs. Lorsqu'à un contexte alimentaire fragile s'ajoute une histoire médicale compliquée, une allergie aux protéines du lait de vache (APLV) ou un reflux gastro-œsophagien (RGO) sévère qui en résulte, on comprend l'impact direct à la fois sur la croissance et le développement du bébé mais aussi sur toute la structure familiale, pour laquelle le temps de repas devient une source de stress majeur [2].

Le diagnostic de l'APLV se fait généralement vers l'âge de 2,5 mois (en lien avec le sevrage). Devant des symptômes moins évidents et non différenciants, pouvant être de causes multiples (douleurs abdominales, RGO, pleurs, mauvaise prise pondérale…), le diagnostic d'APLV peut être retardé et l'enfant peut connaître la "valse des laits" avant d'arriver à la formule de substitution du lait de vache. Ce parcours parfois long de plusieurs mois aura un impact sur l'alimentation et le plaisir de manger, d'autant que le diagnostic se fera alors juste avant ou en pleine diversification alimentaire.

En tant que premiers recours face à ces difficultés, il est essentiel que les pédiatres et médecins généralistes qui suivent ces patients puissent connaître et repérer les signes d'alertes des troubles alimentaires pédiatriques (TAP), pour orienter au mieux vers une équipe pluridisciplinaire si nécessaire. En effet, chez 3 à 10 % de ces enfants, les difficultés alimentaires précoces vont se pérenniser

Revues générales

vers un trouble alimentaire parfois sévère [3], mettant en jeu la croissance et le développement optimal de l'enfant.

Les troubles alimentaires pédiatriques

Un consensus pluridisciplinaire a été publié en janvier 2019 par Goday *et al.* [4] afin d'identifier les troubles alimentaires pédiatriques, plus communément appelés troubles de l'oralité alimentaire en France. Les TAP sont caractérisés par une altération de la prise orale des aliments par rapport à ce qui est attendu pour l'âge de l'enfant et qui dure depuis au moins 2 semaines. Les auteurs distinguent le TAP aigu, qui dure entre 2 semaines et 3 mois, et le TAP chronique, persistant au-delà de 3 mois.

Les TAP sont définis par 2 critères, **le 1er étant** la difficulté à consommer une quantité et/ou une variété d'aliments adaptés 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. Cette perturbation de l'alimentation est associée à au moins l'un des aspects figurant dans le ***tableau I***. Et s'y ajoute un **2e critère d'exclusion**, qui précise que les TAP ne sont pas liés à un trouble du comportement alimentaire (anorexie mentale, altération de l'image corporelle), ni à un manque de nourriture ou à des pratiques culturelles.

Le diagnostic de TAP s'applique donc à un enfant qui ne peut pas consommer une alimentation équilibrée appropriée à son âge (solides et liquides) pour assurer une croissance et un développement harmonieux.

Signes d'alerte des TAP à repérer en consultation

Les signes cliniques du TAP sont multiples et peuvent se manifester sous différentes formes. Leur définition inclut les impacts sur les sphères sensorielle, oro-motrice et psychosociale. On comprend donc bien la richesse et la complexité des signes cliniques que l'on peut rencontrer [5] (***tableau II***).

Les signes cliniques diagnostiques des TAP sont variés et touchent tant à la sphère orale/corporelle qu'à la sphère sensorielle et comportementale, impactant toute la sphère familiale et le quotidien alimentaire. L'APLV, de par le régime et l'attention alimentaire qu'elle impose aux parents, est un facteur de risque important de TAP et nécessite une surveillance toute particulière du développement alimentaire de l'enfant. En effet, un enfant qui va bien rencontre très tôt dans sa vie alimentaire des textures extrêmement variées, allant du

Pathologie d'ordre médical	Trouble des compétences sensori-motrices
• Troubles cardio-respiratoires, gastro-intestinaux, neurologiques, malformatifs • Fausses routes et pneumopathies d'inhalation	• Retard de développement de la motricité orale • Nécessité de modifier la texture des aliments (liquides et solides) • Nécessité d'adapter les postures, l'installation et les outils • Nécessité d'adaptation des stratégies alimentaires
Trouble nutritionnel (qualité, quantité, variété)	**Retentissement psychosocial**
• Dénutrition/malnutrition • Carence nutritionnelle ou apports restreints d'un ou plusieurs nutriments résultant d'une restriction du panel alimentaire • Dépendance à une nutrition artificielle ou des suppléments oraux pour soutenir l'alimentation et l'hydratation	• Incapacité de répondre aux besoins nutritionnels et mise en place de stratégies parentales inadaptées • Trouble du fonctionnement social en lien avec le repas • Difficultés relationnelles entre l'enfant et l'aidant au moment du repas

Tableau I.

Signes cliniques d'ordre oro-moteur et fonctionnel	Signes cliniques d'ordre sensoriel	Signes cliniques d'ordre psycho-comportemental
• Retard de développement des compétences orales • Troubles des praxies fonctionnelles (succion, praxie à la cuillère, mastication) • Temps de repas longs • Stockage des aliments en bouche • Incapacité à gérer en bouche différentes textures qui demandes des patterns moteurs différents • Bavage • Toux au décours des repas • Difficultés de coordination respiration/déglutition sur les temps du repas	• Sélectivité alimentaire (texture des aliments, couleurs…) • Hyper/hyporéactivité globale et/ou orale • Absence/limitation d'investissement de la sphère orale • Fréquents haut-le-cœur lorsque l'aliment touche les lèvres ou la langue	• Désintérêt pour l'alimentation • Absence d'appétence orale • Refus alimentaire • Conduites d'évitement avec mise en place de défenses chez l'enfant et de stratégies parentales • Conflits lors des repas

Tableau II.

mixé très lisse au haché, au mouliné, à l'écrasé, à l'épais, au collant, au fluide, au crémeux… en fonction des aliments et préparations que proposent les parents. Il passera par une palette de textures et de saveurs très variées, enrichissant chaque jour ses expériences et son panel alimentaire. *A contrario*, un enfant qui présente une APLV aura un régime alimentaire qui va restreindre cette palette sensorielle et les parents parfois démunis vont proposer essentiellement les mêmes aliments, qui vont tourner sur plusieurs jours. Un enfant APLV risque alors de perdre cette richesse de goûts, de saveurs et de textures si importante pour son développement alimentaire et sensoriel. Il est donc nécessaire d'y être très vigilant pour soutenir les propositions alimentaires et ouvrir la palette des possibles avec les parents, afin qu'ils puissent varier les aliments de l'enfant tout en suivant les recommandations liées à ce régime d'éviction.

En cas de doute et devant des signes cliniques de troubles alimentaires pédiatriques, le pédiatre/médecin proposera un suivi nutritionnel adapté et pourra orienter si nécessaire vers un orthophoniste afin de réaliser un bilan des troubles de l'oralité alimentaire et des fonctions oro-myo-faciales. Cette évaluation orthophonique comprendra une anamnèse détaillée, une observation des compétences de l'enfant en dehors d'un temps de repas et une évaluation des compétences sur un temps d'alimentation, afin de permettre un diagnostic et une prise en soin adaptée.

Concrètement, que proposer à mon patient en termes de prévention ?

En attendant le diagnostic et la mise en route d'un suivi si nécessaire, il convient le plus souvent de donner des pistes aux parents en réfléchissant ensemble à ce qui semble le plus adapté et cohérent à la situation (âge de l'enfant, début des difficultés…), au type de difficultés rencontrées et aux ajustements familiaux possibles.

1. Montrer le chemin

>>> Inciter les parents à modéliser pour leur enfant : un enfant apprend par imitation, lorsqu'on fait devant lui ou avec lui. On comprend donc bien l'intérêt des repas partagés en famille ou avec d'autres enfants du même âge, pour regarder les autres, apprendre et avoir envie d'essayer ! La famille élargie, les cousins, la crèche ou la cantine sont autant d'occasions pour l'enfant de se sensibiliser à l'alimentation et d'avoir envie de faire pareil.

>>> Proposer une habituation progressive à l'enfant : on ne va pas tout de suite lui demander de manger une assiette entière, c'est impossible pour lui. On peut donc commencer par lui en mettre une petite cuillère dans une coupelle à côté de son assiette pour qu'il apprivoise petit à petit cet aliment difficile, puis dans son assiette, puis il peut le sentir, le toucher, frotter ses lèvres avec… et enfin après tout ce chemin peut-être le goûter ! Ce chemin d'apprivoisement sensoriel peut être long, à nous professionnels de soutenir les parents afin qu'ils ne baissent pas les bras.

>>> Proposer à l'enfant de participer à l'élaboration du repas : éplucher les légumes, pétrir la pâte, mélanger. Tout cela participe à une découverte sensorielle et un apprivoisement des aliments intéressants. La découverte sensorielle tactile, qu'on pourrait appeler la "patouille", est très constructive pour ces enfants qui refusent parfois de toucher les textures difficiles. À nous de les y inciter, de façon ludique et avec douceur !

2. Redonner des repères à la famille

>>> Importance du cadre du repas : pour que l'enfant puisse regarder, toucher, sentir les aliments, encore faut-il

POINTS FORTS

- Le diagnostic d'APLV peut être retardé devant des symptômes moins évidents et non différenciants pouvant être de causes multiples (douleurs abdominales, RGO, pleurs, mauvaise prise pondérale…).
- Les troubles alimentaires pédiatriques (TAP) sont caractérisés par une altération de la prise orale des aliments par rapport à ce qui est attendu pour l'âge de l'enfant et qui dure depuis au moins 2 semaines.
- L'APLV, de par le régime et l'attention alimentaire qu'elle impose aux parents, est un facteur de risque important de TAP et nécessite une surveillance toute particulière du développement alimentaire de l'enfant.
- Un enfant APLV avec un régime peu varié risque de perdre la richesse de goûts, de saveurs et de textures si importante pour son développement alimentaire et sensoriel.
- En cas de doute et devant des signes cliniques de TAP, le pédiatre/médecin proposera un suivi nutritionnel adapté et pourra orienter si nécessaire vers un orthophoniste afin de réaliser un bilan des troubles de l'oralité alimentaire et des fonctions oro-myo-faciales.

Revues générales

qu'il soit installé à table. Il est donc nécessaire d'inviter les parents à poser un cadre sécurisant et non dirigiste autour du repas, de fixer ensemble une durée qui semble possible pour l'enfant et que l'on peut visualiser à l'aide d'un minuteur par exemple. On essayera tant que possible d'éviter les distracteurs qui hypnotisent l'enfant sur autre chose que sur son repas (écran, livre…). Pour autant, s'ils ont déjà été mis en place, il faudra détricoter la situation petit à petit sinon l'enfant, qui avait besoin de cette béquille, risque de ne plus manger sans. À nous de faire preuve de beaucoup de bienveillance et de compréhension pour les parents qui ont fait du mieux qu'ils pouvaient dans cette situation.

>>> Repenser l'installation de l'enfant : pour bien manger, il faut être bien installé ! Est-ce que l'enfant a une assise confortable, les pieds en appui, le dos calé ? Une installation adaptée le libèrera de sa contrainte posturale pour l'aider à fixer son attention sur l'activité du repas.

>>> Donner de l'importance au rythme alimentaire : les repas rythment de façon régulière nos journées. Lorsque l'enfant ne réclame jamais à manger, il peut être intéressant de proposer un repas de façon régulière et de ne pas attendre qu'il réclame. C'est grâce à ce rythme proposé initialement qu'il va apprendre l'alternance faim/satiété puis ensuite identifier ces sensations. Le rythme alimentaire permet aussi d'éviter les multiples grignotages que font parfois ces enfants pour échapper aux temps de repas compliqués.

>>> Pas d'obligation de manger un nouvel aliment, mais de cheminer jusqu'à la bouche : si l'enfant peut au début juste faire connaissance avec cet aliment sans qu'il n'y ait d'attente quantitative, cela fait nettement diminuer la pression sur les temps de repas. Pour autant, l'enfant devra maintenir des apports énergétiques adaptés à sa croissance : l'ajout de féculents et de matière grasse systématique, l'enrichissement adapté, les compléments nutritionnels peuvent être mis en place en 1re intention avant d'adresser l'enfant en consultation spécialisée type nutritionniste/diététicien. N'oubliez pas que c'est la répétition des présentations qui fait tout le succès et non pas le forçage, qui laisse un souvenir négatif du temps de repas à l'enfant qui n'aura plus envie d'essayer.

>>> L'investissement de la bouche passe par un investissement corporel global : il est nécessaire d'aider l'enfant à investir son corps et sa bouche de façon positive (massages, caresses, mettre ses doigts et des hochets de dentition en bouche, brossage des dents ou comptines à toucher pour les plus grands).

>>> Ouvrir le champ des possibles en termes d'alimentation : dans le cadre spécifique de l'APLV, il est aussi nécessaire de sensibiliser les parents à l'intérêt de diversifier les textures alimentaires proposées à l'enfant, afin d'éviter la routine et la monotonie alimentaire qui vont rapidement le lasser.

L'accompagnement parental et le travail en pluridisciplinarité seront la clé d'un repérage et d'une prise en soin optimale de ces jeunes patients pour éviter de pérenniser des troubles alimentaires.

BIBLIOGRAPHIE

1. Cascales T, Olives JP, Bergeron M. Les troubles du comportement alimentaire du nourrisson : classification, sémiologie et diagnostic. *Ann Med Psychol*, 2014;172:700-707.
2. Simione M, Dartley AN, Cooper-Vince C. Family-centered outcomes that matter most to parents: a pediatric feeding disorders qualitative study. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 2020;71:270-275.
3. Goulet O, Vidailhet M, Turck D. *Alimentation de l'enfant en situations normale et pathologique*, 2e édition. Coll. Progrès en pédiatrie n°33, Rueil-Malmaison : Doin Editeurs, 2012.
4. Goday PS, Huh SY, Silverman A. Pediatric feeding disorder: consensus definition and conceptual framework. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 2019;68:124-129.
5. Guillon F, Lecoufle A, Lesecq-Lambre E. Démarche diagnostique orthophonique des troubles alimentaires pédiatriques. Le bilan orthophonique. *Rééducation Orthophonique*, 2020;281:33-42.

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