

Troubles alimentaires précoces

Les petits mangeurs

Michel VIGNES , Emmanuel MAS Psychiatrie de liaison HDE Toulouse (2017)

Psychopathologie de la sphère oro alimentaire

- Un champ vaste et hétérogène
 - Troubles du comportement alimentaire du bébé
 - Reflux gastro oesophagien
 - Vomissements psychogènes
 - Coliques du premier trimestre
- Un recoupement avec la psychosomatique du nourrisson
 - (carences de la mentalisation, dépression...)
- Un thème de recherche actuel
 - Ex: étude PILE (précurseurs relationnels du langage), observation des repas en clinique...
 - Alimentation et pathologie mentale de la mère

Troubles du comportement alimentaires du bébé et de l'enfant

- Dominés par l'anorexie et les diverses formes de restriction alimentaire mais on peut citer aussi
- Le pica
- Le mérycisme
- La potomanie
- L'hyperphagie ou l'hyperalimentation

Difficultés alimentaires du jeune enfant (restrictions)

- Une pathologie fréquente en probable augmentation:
 - USA: 25% de l'ensemble des bébés
 - 40 à 70% chez les prématurés
 - 80% chez les enfants présentant un retard de développement psychomoteur
 - USA: 1 à 2% des enfants de moins de un an présentent un refus alimentaire et un retard de croissance staturo pondéral. 70% de ces enfants ont encore des pb sévères entre 4 et 6 ans.

- De sévérité variable :

- Depuis les difficultés banales pour établir les rythmes avec le bébé jusqu'à des formes graves rares, avec menace vitale
- Les formes mineures sont traitées par les pédiatres, le MG ou la PMI
- Les formes moyennes ou sévères (anorexie infantile) nécessitent la collaboration des pédiatres et pédo psy
- Un dispositif de soins plus qu'un avis diagnostique

- Un temps somatique (hospitalisation), parfois long et surinvesti par les parents dans les formes sévères
- Très souvent dans les formes légères ou moyennes, nombreux changements de lait
- Rarement une alimentation entérale (sonde nasogastrique puis gastrostomie au long cours)
- Dans les formes liées à une maladie somatique (pathologie digestive, métabolique ou cardiaque) long suivi pluridisciplinaire

LES ANOREXIES INFANTILES

- Un motif de consultation fréquent
- La nécessité d'un diagnostic différentiel et d'une approche syndromique précise et complète
 - Neuro, gastro, cardio, endocrino, psychiatrique (autisme...)
 - Eviter le déni de la psychopathologie et le tout psy (surtout quand les parents ont une pathologie mentale)
- La rencontre à l'hôpital est réservée (pour l'instant) aux anorexies sévères
 - Bilan de la déglutition, oralité (ortho), gastro, pédopsy

Des questions de définitions

- Une clinique bien connue mais mal étalonnée
- Une terminologie floue
- Refus alimentaire, aversion alimentaire, phobie alimentaire, petit mangeur, sélectivité alimentaire, anorexie mentale (commune ou sévère) du nourrisson, anorexie du second semestre, retard de croissance non organique, nanisme psychogène....
- Entré dans le DSM IV en 1994

NOSOGRAPHIE

■ Préliminaires:

- L'alimentation au cœur de la relation précoce bébé environnement d'où les perturbations fréquentes (comme le sommeil)
- De nombreux facteurs interviennent dont le père; le tempérament du bébé
- La zone bucale et l'oralité:
 - Manger entre autres
 - Dedans-dehors (soi-non soi)
 - Oralité = alimentation, ventilation, exploration tactile et gustative, cri, langage, baiser, expression émotionnelle)

- Embryologie (8^os sensibilité de la zone buccale; 3^o mois réflexe de Hooker-main-bouche; 4^o mois premières déglutitions de LA; 22^os goût, interactions avec la voix de la mère...) La « cavité primitive » de Spitz source de sentiment de soi serait prénatale! A la naissance, sur le plan anatomique et fonctionnel tout est en place pour la la tétée (suction-déglutition)

- EXPLORATION PERCEPTIVE
- Passage du contact au distant, expérience de la discontinuité pendant la tétée
- Relation à l'autre (étayage, séduction généralisée Laplanche)
- Langage (de la bouche pleine des sein à la bouche pleine de mots)
- Place essentielle comme « donneur de temps » (lien avec l'environnement, tétées, sommeil jour-nuit; soins maternels...)
- Probable support de l'attachement (cf éthologie)

CLASSIFICATIONS CLINIQUES

- IPSO
- CHATOOR

Les petits mangeurs

- Opposition à l'alimentation
- Sélectifs
- Anxiété des parents variable (parfois des parents convaincus que le bébé ne mange pas assez alors qu'il n'en est rien)
- Pas de trouble grave de l'attachement
- Aucun signe de malnutrition
- Pas de retard psychomoteur
- Classiquement bénin (réassurance des parents)
- Mais peut être une forme atténuée d'anorexie et exposant à l'anorexie mentale de l'ado (à l'étude)

Classifications actuelles (I-Chatoor)

- Perspective développementale
 - Tr. en rapport avec un défaut d'homéostasie, de la régulation; de 0 à 3 mois (difficultés pour adopter et faire évoluer les rythmes alimentaires)
 - Tr liés à l'attachement, aux carences(début entre 2 et 8 mois)
 - Anorexie infantile (entre 6 et 18 mois)
 - Tr post traumatiques
 - Aversions liées au goût
 - Tr liés à une maladie somatique

Défaut de régulation (homéostasie)

■ Critères:

- Débute dans les premiers mois de la vie et dure aux moins deux semaines.
- Enfant qui ont d'autres problèmes de régulation du sommeil ou du repos, ils ont du mal à se calmer au moment de la tétée.
- Trop somnolents ou trop agités
- pas de prise de poids, parfois perte de poids.
- Pas de maladies somatiques graves.

■ Clinique:

- C'est la difficulté à établir des prises alimentaires régulières, au calme et en quantité adaptée.
- Ce sont des bébés qui sont souvent irritables, fatigables, qui s'endorment régulièrement à la tétée. Ils ont du mal à se calmer et peuvent avoir du mal à se concentrer sur ce qu'ils font.
- Les parents et principalement les mères sont décrits comme très anxieux, parfois déprimés, parfois présentant des troubles mentaux ou psychologiques avec une forme d'instabilité.
- L'interaction avec le bébé est saturée d'excitation et d'angoisse.

■ Traitement

- Aide à l'entourage, à domicile pour les repas, créer le calme
- Prendre en compte les troubles psy des parents
- Question des modes d'alimentations entérale (discussion avec les pédiatres)

Carences (réciprocité, attachement)

■ Critères

- Le plus souvent dans la première année de vie
- Diagnostic à l'occasion d'un problème médical. On retrouve un retard global de développement en particulier dans les interactions (sourire, regard, babillage) associé à la malnutrition
- Retard net de développement staturo pondéral
- Méconnaissance parfois des parents quant aux modes et quantités alimentaires.
- Pas de maladies physiques ou de pathologies psychotiques comme origine principale

■ Clinique

- Ce serait, pour les tenants de la théorie de l'attachement, une des voies conduisant à un attachement insécuré.
- Le bébé n'a pas ce dont il a besoin ni sur le plan quantitatif ni sur le plan qualitatif; il se présente comme un enfant dénutri et triste.
- il y a peu de réciprocité dans la dyade et il peut présenter des ruminations (mérycisme), des vomissements.
- On retrouve des troubles du tonus, peu de sourires, peu de contacts par la vocalisation. Les parents ne parlent pas au bébé.
- On retrouve souvent chez les parents des pathologies de personnalité, des addictions diverses.

■ Traitement:

- Interventions à domicile (PMI, pédo psy)
- Prendre soin de la mère pour qu'à son tour elle prenne soin de l'enfant
- Méfiance à l'égard des service sociaux et des psy (alliance, signalement?)
- Hospitalisation parfois, placement à temps partiel ou plein

Anorexie infantile

■ Critères

- il faut que ça dure depuis au moins un mois
- Le refus alimentaire est souvent contemporain du passage à la cuillère et à plus d'autonomie (entre six mois et deux ans et demi)
- Ce sont des enfants qui ne montrent pas qu'ils ont faim. Ils manquent d'intérêt pour la nourriture et l'alimentation et au contraire, ils sont très intéressés par le jeu l'exploration ou l'interaction visuelle.
- Ils ont un retard net de taille et de poids, parfois des signes de malnutrition
- On ne retrouve pas de troubles post-traumatiques ou de maladies physiques graves.

■ Clinique

- Autant de filles que de garçons.
- Ces bébés ou ces jeunes enfants n'ont pas du tout ou très peu d'intérêt pour la nourriture.
- Ils inquiètent beaucoup leurs parents par leur refus alimentaire et leur retard de taille et de poids.
- Les tentatives de l'environnement, encouragement, distraction, le jeu associé et parfois le forçage peuvent marcher un moment mais se révèlent inefficaces
- Les parents peuvent utiliser la télévision, nourrir l'enfant alors qu'il ouvre la bouche pour respirer ou bâiller...
- Certains de ces enfants ont un gros retard de taille et de poids mais d'autres vont simplement être très minces.
- Ils n'ont pas de retard de développement intellectuel et parfois sont même précoces
- Ce sont des enfants très distractibles et émotifs (études fréquence cardiaque)
- Ils mangent quelques bouchées puis s'arrêtent

- Certains enfants constituent un réel retard de taille, mais pour d'autres, la taille est conservée et ils deviennent extrêmement minces.
- On retrouve pour ces enfants des interactions, au moment des repas essentiellement, qui donnent lieu à des conflits intenses, une sorte de lutte pour la maîtrise et d'excitation par le discours et par les distractions.
- Les représentations de l'enfant par les parents sont celles d'un enfant difficile, obstiné, opposant.
- On retrouve chez eux non seulement une excitabilité psychique mais des difficultés pour discriminer les sensations, y compris la faim, pour moduler les réactions physiologiques, retrouver le calme (fréquence cardiaque)
- On peut imaginer que l'anorexie infantile est le résultat d'une interaction entre un bébé particulièrement excitable et des parents inquiets, qui ont du mal à s'adapter à ses besoins et qui vont progressivement développer des tentatives inadaptées pour le nourrir.

■ Traitement:

- Travail parents-enfant sur la reconnaissance des besoins, une forme d'accordage.
- Appui pour poser des limites à l'enfant
- Thérapies parents –bébés, (on s'attache à travailler sur les attentes et représentations des parents)
- Régulation des temps de repas (calme, régularité...)

Goût - selectivité

■ Critères:

- Le bébé ou le jeune enfant refuse pendant au moins un mois de manger telle ou telle nourriture en fonction de son goût, de sa texture de son odeur ou de son apparence.
- On s'en rend compte lorsqu'on essaie d'introduire une nouveauté
- Il mange normalement lorsqu'on lui donne sa nourriture préférée
- Il n'y a pas de déficit de taille et de poids : (mais parfois des carences ciblées en vitamines, en métaux).
- Il peut y avoir une dimension phobique de situations où il y a une nourriture associée, ne pas aller au restaurant par exemple....
- On ne retrouve pas d'événements psycho traumatiques ou d'allergies ou d'autres maladies graves

■ Sémiologie:

- Survient à la diversification
- Grimaces de dégoût, recrache ou vomit une nourriture en particulier (parfois généralisation, ça s'étend à des aliments qui se ressemblent)
- En général refusent de goûter des aliments nouveaux ou sont dégoûtés par les mélanges ou encore n'acceptent que tel aliment de telle origine
- Il peut y avoir comme conséquence des désordres métaboliques
- Problèmes de socialisation (cantines scolaires ou invitations)
- N'aiment pas la nouveauté en général.
- Souvent associé à des particularités de comportement (refuser tel ou tel vêtement qui serre ou gratte; ne pas marcher pied nu sur du sable...)

- Traitement:

- Il vaut mieux accepter que forcer ou user de chantage et négociation.
- Encouragements à une diversification très progressive; modèle des parents...

Post traumatiques

■ Critères:

- Souvent le refus alimentaire est aigu et intense.
- Ça peut survenir quel que soit l'âge.
- On retrouve un événement psycho traumatique qui concerne la bouche ou le tractus digestif.
- Un choc, étouffement, un vomissement impressionnant, une manœuvre intrusive, qui a déclenché une angoisse profonde, pose d'une sonde.
- Parfois l'enfant ne peut plus boire à la bouteille (canard) ou au biberon mais il accepte à la cuillère
- Parfois il refuse la nourriture solide mais accepte les liquides
- Parfois c'est toute alimentation qui est refusée. On retrouve des signes de la série post-traumatique
- Anticipations anxieuses, angoisse nette lorsque la nourriture approche
- Cela peut être grave et nécessiter jusqu'à une nutrition parentérale.

■ Sémiologie:

- Peur de mourir étouffé par une nourriture solide
- L'enfant a du mal à dire même s'il parle, ce qu'il redoute
- Peuvent paniquer y compris à la vue du siège ou de la chaise haute quand il y en a une
- Si on leur donne à la cuillère, ils refusent de mâcher ou d'avaler (hamster)
- Ce trouble semble prendre le pas sur la sensation de faim

- Traitement des complications nutritionnelles (entérale, parentérale)
- Mais il y a des renforcements (sonde)
- On réintroduit progressivement
- On ramène les objets liés à l'alimentation dans le périmètre de l'enfant un à un
- Les repas accompagnés avec réassurance
- Relaxation pour les grands
- C'est long et parfois en hospitalisation
- Orthophonie spécialisée dans l'oralité

Maladie associée

■ Critères

- Au moins deux mois de refus alimentaires ou d'alimentation nettement insuffisante.
- Quel que soit l'âge
- Ça peut s'aggraver ou s'améliorer au gré de la maladie somatique.
- Souvent l'enfant commence à manger mais il s'arrête très vite comme écoeuré.
- On retrouve soit une maladie digestive soit des problèmes de maladies graves ou cardiologiques ou respiratoires
- Il y a un retard de taille et de poids conséquent

■ Sémiologie

- On y range les RGO non diagnostiqués car non extériorisés, les diagnostics différentiels (allergies)
- Des enfants sidérés par le ressenti douloureux
- Pathologies respiratoires sévères (muco, dysplasies)

■ Traitement:

- Équipe pluridisciplinaire car éléments psychiques et somatiques intriqués
- Observation fine des repas et des interactions
- Tenter d'améliorer l'état somatique
- On discute une alimentation entérale
- Pb de garder de l'intérêt pour les aliments.
- Orthophonie spécialisée dans l'oralité

- Selon l'équipe de Washington, 20% des enfants présentent de tableaux mixtes (plusieurs caractéristiques parmi les six groupes)
- Par exemple entre anorexie et aversions liées au goût
- Mais il y aurait de l'intérêt à considérer ces entités comme séparées.

Conclusions

- L'évaluation et le diagnostic précis nécessitent un abord pluridisciplinaire
 - Examens somatiques
 - Examen psychiatrique de l'entourage et de l'enfant
 - Contexte social
 - Bilan orthophonique et diététique
 - Étude des interactions
- Du côté des psy l'observation parents-enfants en interaction est indispensable
- De l'utilité de la consultation conjointe (pédiatre-psy)

BIBLIOGRAPHIE SOMMAIRE

- Cascales T. Les troubles du comportement alimentaire du bébé : étude psychanalytique et développementale. ERES, Coll La Vie de L'enfant. 2015.
- Cascales T, Olives JP, Bergeron M, Chatagner A, Raynaud, JPh. Les troubles du comportement alimentaire du nourrisson : Classification, sémiologie et diagnostic. Annales Médico-Psychologique. 2014;172:700-707.
- Cascales T, Olives JP, Raynaud JPh, Pirlot G. Trouble alimentaire précoce avec une cause organique associée : complémentarité des approches. L'Evolution Psychiatrique, 2014;79:567-581.
- Cascales T, Olives JP, Raynaud JPh. Trouble du comportement alimentaire post-traumatique du nourrisson. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence. 2014;62:358-366.
- Cascales, T., Pirlot, G., Olives, JP. L'alimentation du nourrisson : une histoire de sens. La Psychiatrie de l'Enfant. 2014;57(2):479-520.
- Cascales T. La mémoire du nourrisson : évolution du concept. Enfances & Psy. 2014;61:159-168.
- Cascales T, Olives JP, Pirlot G, Raynaud, JPh. Vidéo et psychothérapie d'orientation psychanalytique du nourrisson avec un trouble du comportement alimentaire. Psychothérapies 2014;34(2):85-95.
- Cascales T. Anorexie du nourrisson : un diagnostic différentiel compliqué. Devenir 2013;25(1):5-25.

■ Les anorexies infantiles: de la naissance à la première enfance.
F Poinso; M Vieillard; D Dafonséca; J Sarles: Archives de
pédiatrie, Elsevier; 13 (2006) 464-472. Article qui résume les
travaux anglo saxons et suit à peu près le plan de cette
présentation.

« les troubles de l'oralité alimentaire chez l'enfant ». Revue:
rééducation orthophonique ; Déc 2004; N° 220

■ Feeding Development and Disorders

*Encyclopedia of Infant and Early Childhood Development, 2008, Pages
524-533*

I. Chatoor, M. Macaoay

■ *Anorexies du nourrisson. C. Cheval, S. Nezelof. EMC - Psychiatrie
2015;12(4):1-8 [Article 37-201-A-50].*