

Troubles de l'oralité alimentaire du nourrisson et du jeune enfant

Dr J. Lemale, Pr V. Abadie



Sommaire

QU'EST-CE QU'UN TROUBLE DE L'ORALITÉ ?.....	3
DIAGNOSTIC D'UN TROUBLE DE L'ORALITÉ ALIMENTAIRE....	4
PRISE EN CHARGE DES ENFANTS AVEC UN TROUBLE DE L'ORALITÉ.....	6
EXEMPLES DE SITUATIONS CLINIQUES DE TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE.....	7
• L'enfant présentant un appétit limité	
• L'enfant sélectif	
• L'enfant qui a peur de manger	
ASSISTANCE NUTRITIONNELLE ET TROUBLES DE L'ORALITÉ.....	12
CONCLUSION.....	12
BIBLIOGRAPHIE.....	14

Troubles de l'oralité alimentaire du nourrisson et du jeune enfant

Dr J. LEMALE*, Pr V. ABADIE**

*Service de Nutrition et Gastroentérologie pédiatriques, Hôpital Trousseau, PARIS.

**Service de Pédiatrie générale, Hôpital Necker-Enfants Malades, PARIS.

Les troubles de l'oralité alimentaire sont un problème fréquent en pédiatrie, ils concerneraient entre 10 et 25 % des jeunes enfants dits normaux et jusqu'à 70% des enfants atteints de pathologies neuro-génétiques. Ce terme regroupe en réalité plusieurs entités allant de la pathologie organique pure (troubles de déglutition) à des troubles d'ordre psychogène (sélectivité alimentaire). Faire un diagnostic étiologique nécessite un interrogatoire détaillé, orienté et une analyse sémiologique fine et précise. La prise en charge des troubles de l'oralité alimentaire varie bien sûr selon l'étiologie, elle est généralement longue et implique différents intervenants médicaux et paramédicaux.

QU'EST-CE QU'UN TROUBLE DE L'ORALITÉ ?

Bien que le terme "trouble de l'oralité" soit régulièrement employé dans le domaine de la pédiatrie, il ne renvoie pas à une pathologie spécifique isolée. Il s'agit d'un terme large se rapportant à l'ensemble des fonctions dévolues à la bouche, c'est-à-dire à l'alimentation, la respiration, la perception, la gustation et la communication. Dans le langage médical, les troubles de l'oralité évoquent avant tout l'oralité alimentaire [1].

Il est important d'en comprendre les aspects somatiques et les aspects psychologiques, ce qui conduit à différencier, d'une part, les "troubles alimentaires" par une incapacité à manger et, d'autre part, les "troubles du comportement alimentaire" (TCA).

>>> Les troubles alimentaires sont en lien avec de multiples pathologies et ont émergé avec les nombreux progrès de la prise en

charge des nouveau-nés et des nourrissons, que ce soit dans le domaine de la réanimation des prématurés, dans l'assistance nutritionnelle par la nutrition parentérale ou dans le traitement des malformations congénitales, en particulier les cardiopathies... La prise en charge des enfants ayant de multiples comorbidités a fait des troubles de l'oralité alimentaire un sujet de premier plan dans les domaines hospitalier et ambulatoire impliquant de nombreuses sur-spécialités médicales pédiatriques et divers professionnels paramédicaux.

>>> Outre du fait des progrès de la médecine néonatale, les troubles du comportement alimentaire du jeune enfant semblent avoir augmenté en fréquence du fait de modifications sociétales en rapport parfois avec une pression parentale, culturelle ou sociale

excessive, *via* des messages médiatiques imposant une certaine norme. On assiste parfois à une perte du bon sens, la mère est influencée dans sa façon d'alimenter son enfant par peur, par exemple, de le rendre obèse. L'excès de la recherche d'une alimentation "saine" peut aussi compromettre le déroulement normal des différentes étapes liées à la progression de l'alimentation qui peut alors devenir le reflet d'un trouble de la relation mère-enfant.

D'un point de vue épidémiologique, il est difficile d'établir précisément le nombre d'enfants atteints d'un trouble de l'oralité alimentaire. D'un point de vue parental, ils concerneraient 10 à 25 % des enfants, mais seulement 1 à 5 % auraient des conséquences avec un retentissement sur la croissance staturo-pondérale [2].

DIAGNOSTIC D'UN TROUBLE DE L'ORALITÉ ALIMENTAIRE

Il est parfois difficile de définir la limite entre une prise alimentaire normale ou non. Le plus souvent, les parents ne parlent pas spontanément au pédiatre ou au médecin généraliste des problèmes d'alimentation de leur enfant et, avec le temps, ils décrivent même ces situations avec une certaine banalité. À l'inverse, le médecin peut être sollicité pour un trouble du comportement, et le banaliser, ce qui peut aboutir à un sentiment d'incompréhension ressenti par les parents.

Dans les deux cas, **une bonne anamnèse orientée** est utile. L'histoire familiale est importante à reconstituer avec minutie : dans quelle famille s'intègre l'enfant ? Quels sont les antécédents des parents ? Quels sont leurs rapports à l'alimentation, leurs habitudes alimentaires, leurs éventuelles aversions alimentaires ? Quels sont leurs principes éducatifs ? Quelles sont les conséquences du trouble dans la vie quotidienne ? De même, il faudra chercher à déterminer précisément l'histoire de l'enfant, ses étapes

de diversification, son développement psychomoteur, son tempérament. Le diagnostic d'un trouble de l'oralité passe, en effet, par une démarche rigoureuse, avec une analyse fine de la sémiologie afin de s'orienter vers une étiologie.

Comprendre le mécanisme du trouble commence avant tout par l'observation. S'agit-il de troubles de la succion, de la déglutition, de la ventilation, de la coordination succion-déglutition ou encore d'une absence de praxie masticatoire, une phobie de mise en bouche, une sélectivité particulière, une phobie concernant une texture, une odeur, un aspect particulier de l'aliment [3].

Le deuxième temps de la consultation prend en compte l'examen morphologique et neurologique de l'enfant, il faudra également rechercher des signes d'alerte orientant vers une pathologie organique comme une dysphagie, des fausses routes, une toux, des étouffements, une odyndophagie, une mauvaise croissance, une diarrhée, des vomissements...

La présence de signes d'alerte, en particulier une croissance ralentie, une atteinte des voies aériennes ou une anomalie de développement, doit conduire à demander un avis spécialisé (ORL, neurologues, gastroentérologues pédiatres...).

Enfin, **il faut évaluer si les parents** sont angoissés lors des repas et quelle est leur réaction en cas de refus de l'enfant. Les parents ont un comportement souvent spécifique vis-

à-vis de l'alimentation de leur enfant que l'on peut schématiquement séparer en 4 types distincts [4]. Ces comportements sont bien sûr influencés par des normes culturelles, l'inquiétude parentale et les caractéristiques de l'enfant. On différencie ainsi :

>>> Les parents "réceptifs/réactifs" : ils déterminent où, quand et ce que l'enfant mange. Ce dernier choisit quelle quantité il mange. Les parents montrent le modèle en mangeant de façon appropriée, parlent positivement de l'alimentation et répondent aux signaux de faim des enfants. Ce type d'approche est le modèle qui est conseillé.

>>> Les parents qui "contrôlent" : ce comportement est fréquemment observé chez les mères mais parfois aussi chez les pères. Les parents ignorent la sensation de faim de l'enfant, ils utilisent la force et les punitions ou encore promettent des récompenses inappropriées pour nourrir leur enfant. Cette technique, parfois efficace initialement, devient le plus souvent contre-productive avec le temps.

>>> Les parents "complaisants" : l'enfant est nourri où et quand il veut avec les produits de son choix ou qu'il semble préférer. Les grignotages sont fréquents. À terme, ce type de pratique peut conduire à des désordres nutritionnels.

>>> Les parents "négligents" : il y a un véritable abandon dans la responsabilité de l'alimentation de l'enfant. Chez le nourrisson, ces parents manifestent un détachement

évident, ne cherchant pas le contact oculaire lorsqu'ils donnent le biberon. L'enfant plus grand a tendance à se débrouiller tout seul pour les repas, il n'y a pas de limite établie et les sensations de faim sont ignorées de même que toutes les émotions de l'enfant. Ce type de comportement, observé en cas de dépression maternelle, peut conduire à une altération de la croissance staturo-pondérale.

À l'issue de cet examen, il sera possible de distinguer [2] :

– une pathologie somatique (d'origine neurologique ou génétique) ;

– une pathologie liée à une atteinte de la fonction d'un appareil [atteinte ORL, respiratoire, digestive ou osseuse (cavité orale)] ;
– une cause psychogène allant de la simple sélectivité aux vrais TCA psychogènes que certains appellent “anorexie du nourrisson”, avec les réserves sur cette expression induites par les confusions avec l'anorexie mentale de l'adolescent et du pré-adolescent. La seconde réserve vis-à-vis de toute classification, c'est son caractère intrinsèquement clivant, donc simpliste, beaucoup de situations cliniques pouvant correspondre à deux ou davantage de ces types de TCA.

PRISE EN CHARGE DES ENFANTS AVEC UN TROUBLE DE L'ORALITÉ

La prise en charge va être spécifique du trouble diagnostiqué. Elle se fait le plus souvent par un pédiatre (orienté en gastroentérologie ou ayant des compétences en matière d'oralité alimentaire). Les consultations bi- ou pluridisciplinaires (pédiatre-psychologue, ou pédiatre-psychologue-psychomotricien ou pédiatre-psychologue-psychomotricien-orthophoniste) sont très bénéfiques à l'analyse et la prise en charge de ces situations complexes [3].

Les grands principes de la prise en charge d'un trouble de l'oralité alimentaire du jeune enfant vont être, dans un premier temps, rééducatifs, puis, dans un deuxième temps, éducatifs :

– en donnant des conseils de vie concernant

le sommeil, les repas, la nécessité de ne pas céder aux caprices de l'enfant, de poser des limites sans le mettre en échec. Il faut essayer de régler une difficulté après l'autre, par exemple d'abord les textures puis les quantités. Une ligne de conduite doit être définie au préalable avec les parents de façon claire pour que ceux-ci puissent l'être à leur tour ;
– il est utile de réintégrer le père dans la prise en charge, de le laisser passer du temps avec son enfant pendant que la mère en profite pour faire autre chose ;
– l'initiation à des jeux d'éveil est une aide utile. On recommandera par exemple de faire souffler l'enfant, de le faire jouer avec de la pâte à modeler, à la dinette, de le faire servir des aliments à tout le monde, de le faire toucher de la nourriture.

EXEMPLES DE SITUATIONS CLINIQUES DE TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

On peut distinguer trois types de troubles du comportement alimentaire [4-9] :

L'enfant présentant un appétit limité

1. Les petits mangeurs

Adrien est le premier enfant d'un couple bien portant. Les parents sont minces tous les deux. La maman mesure 153 cm et déclare avoir toujours eu "un petit appétit".

Adrien est né à 37 SA avec une hypotrophie harmonieuse, poids de naissance (PN) de 2,56 kg. Les repas ont toujours été compliqués selon les parents. Dès les premières semaines de vie, l'enfant prenait des petites quantités de lait et les biberons duraient plus d'une heure.

Les parents consultent car Adrien a maintenant 2 ans et sa croissance pondérale est jugée faible, ils entendent souvent des remarques de la part de leur entourage sur le fait qu'il ne mange pas beaucoup par rapport aux autres enfants. Ils sont donc très angoissés.

Les repas sont décrits comme difficiles, très longs, le plus souvent devant la télévision. Adrien prend toujours des biberons de 150 mL de lait infantile le matin et le soir.

Pour le repas du midi, il mange 5-6 cuillères d'une purée d'une alimentation mixée, les parents évitent les morceaux car ils craignent de le dégouter. Lorsqu'ils le forcent, il a tendance à vomir. Ils lui proposent souvent des collations entre les repas pour essayer de le faire grossir mais, la plupart du temps, il en prend 1 à 2 cuillères maximum.

À l'examen clinique, il s'agit d'un petit garçon gai, qui se développe normalement et qui ne présente aucun signe de dénutrition clinique. Sa courbe pondérale, initialement sur -1DS jusqu'à 10 mois, s'est infléchie progressivement sur -2DS jusqu'à 20 mois pour reprendre une vélocité normale sur ce couloir. La croissance staturale a toujours été régulière sur -1 DS.

Adrien est un cas typique de petit mangeur. L'enfant mange à chaque repas mais des quantités qui sont jugées minimales par les parents. Les repas sont souvent longs et nécessitent parfois de la distraction. Les tentatives de *forcing* alimentaire conduisent à des vomissements. Les parents sont souvent très angoissés d'autant plus que l'entourage insiste souvent sur le fait que l'enfant est trop "maigre". Sa croissance est cependant régulière.

L'objectif est, avant tout, de rassurer les parents en mettant en avant que l'enfant

se développe bien, qu'il grandit et grossit normalement sur son couloir génétique même si la prise pondérale peut être considérée comme faible, en leur expliquant qu'Adrien est certainement programmé pour être mince. Il faut également les aider à accepter la faim et la satiété de leur enfant. L'enfant peut très bien manger certains jours puis très peu les 3 jours suivants.

Certains parents peuvent avoir le sentiment que leur enfant "n'a pas faim" : les enfants ne mangent pas toujours par faim, le repas est aussi un partage, une convivialité.

L'enfant ne ressent pas toujours la notion de plaisir en mangeant, les parents ont parfois du mal à accepter qu'il n'apprécie pas un repas qu'ils considèrent bon et/ou qui a nécessité un temps de préparation long. Le *forcing* alimentaire ne fait qu'entraîner des vomissements.

Il faut éventuellement corriger l'équilibre alimentaire en veillant à ce que l'enfant consomme bien du lait de croissance. L'enrichissement de l'alimentation ne sert à rien, mais les aliments ludiques et caloriques peuvent être proposés. Il faut proposer des assiettes avec de petites quantités pour ne pas mettre l'enfant en échec.

La nutrition entérale n'a aucun intérêt, au contraire, elle va provoquer une anorexie totale et des vomissements.

Des règles élémentaires doivent être respectées (**tableau I**).

Ne pas proposer d'aliments en dehors des 4 repas habituels et en respectant l'ordre de distribution des repas.

limiter la durée des repas à 30 minutes.

limiter les distractions (télévision, téléphone, jeux ...).

Se rassurer, maintenir une attitude neutre et ne pas forcer.

Introduire régulièrement de nouveaux aliments.

Laisser dès que possible l'enfant manger seul.

TABLEAU I.

2. L'anorexie d'opposition du deuxième semestre

Charlotte est la deuxième enfant d'un couple bien portant, vue pour la première fois en consultation à l'âge de 12 mois. La maman est mince, elle évite depuis son adolescence les aliments contenant du gluten et les produits laitiers qui la rendent inconfortable. Elle dit aimer "contrôler son alimentation". Le papa est issu d'une famille où l'alimentation est riche et chaleureuse. La grossesse a été vécue de manière horrible par la maman en raison de douleurs. La petite fille est née à terme, eutrophe. La maman l'a d'abord allaitée mais la succion était pauvre avec une enfant qui ne réclamait pas. Elle est rapidement passée aux biberons. Les parents ont changé 11 fois de tétine et de lait. L'enfant refusait les biberons en jetant sa tête en arrière. Les traitements par inhibiteurs de la pompe à H+ et

lait sans protéines de lait de vache n'ont pas amélioré la situation. Actuellement, elle mange le matin uniquement avec son père, 60 mL à la cuillère de lait de croissance, fait une pause de 10 minutes, puis reprend 60 mL. Au déjeuner et au dîner, elle refuse, le plus souvent d'emblée, le repas, au bout de 3 cuillères; les parents sont obligés de la distraire en la faisant rire. La petite vient de passer 1 semaine chez ses grands-parents où elle a mieux mangé selon eux. Dès le retour à la maison, le rythme alimentaire habituel a repris. La mère dit "avoir tout essayé" et ne supporte plus les repas avec sa fille; elle se décrit comme étant assez rigide et a une grande angoisse face à l'apparition d'éventuelles carences.

À l'examen clinique, la croissance staturale est régulière sur la moyenne, la croissance pondérale, initialement sur -1 DS jusqu'à 7 mois, s'est infléchie progressivement sur -2 DS. Le développement psychomoteur est normal. Charlotte est une petite fille très active, elle marche depuis l'âge de 10 mois, est très curieuse, aime jouer et babille beaucoup.

Ce cas clinique montre clairement le comportement oppositionnel de l'enfant. L'enfant est très gaie, très active et très curieuse pour tout ce qui ne concerne pas l'alimentation. Elle mange des petites quantités mais il n'y a aucun élément pour évoquer une pathologie organique sous-jacente. Un cercle vicieux entre les parents et l'enfant s'est instauré avec une tension autour de l'alimentation.

Comme pour les petits mangeurs, le *forcing* alimentaire doit être évité, de même que le principe des ruses ou des récompenses. Des petites quantités doivent être proposées dans l'assiette pour ne pas dégoûter l'enfant. L'enrichissement doit être évité, il risque d'entraîner des carences en limitant encore plus la prise alimentaire. Enfin, les repas doivent se passer de façon détendue, il est essentiel que l'enfant touche les aliments avec ses mains.

Dès qu'ils le peuvent, les parents doivent pouvoir passer la main à des intervenants extérieurs pour donner à manger à leur enfant (grands-parents, nourrice...). L'aide d'un psychologue ou d'un pédopsychiatre est utile dans ces situations où le repas est le théâtre des conflits dus à des angoisses parentales et des difficultés de mise en place du lien mère-bébé.

3. L'anorexie infantile psychiatrique

Il s'agit des formes sévères d'anorexie du nourrisson, l'enfant émet un refus de manger, il est dans le contrôle. D'autres signes comme l'inhibition motrice, la crainte, la perte de contact, les troubles du sommeil sont à rechercher. Il s'agit d'un trouble positionnel grave, responsable d'un conflit mère-enfant. Ce trouble est souvent entretenu par une fragilité maternelle. Une prise en charge psychiatrique est indispensable. En cas de refus alimentaire complet, une nutrition entérale pourra être nécessaire. Ces cas peuvent être un mode de révélation de troubles du spectre autistique.

4. L'anorexie secondaire à une pathologie organique

Il s'agit d'une réduction de la prise alimentaire chez des enfants présentant une pathologie organique chronique digestive, une insuffisance d'organe (respiratoire, intestinale, rénale, hépatique...), une pathologie neurologique, un trouble organique de l'oralité (malformations faciales, neuropathies, myopathies...). Il faut donc traiter la cause lorsque cela est possible et augmenter la densité énergétique des repas. Souvent, la mise en place d'une nutrition entérale sera nécessaire. Les conséquences de ces difficultés sur le lien mère-enfant sont fréquentes et justifient une guidance parentale spécialisée.

■ L'enfant sélectif

1. La néophobie

C'est un comportement normal présenté par l'enfant dès la fin de la première année de vie avec un pic de fréquence vers 18-24 mois où le nourrisson rejette tout aliment nouveau ou qu'il ne reconnaît pas. Il faut expliquer aux parents qu'il s'agit d'un comportement normal et les encourager à présenter à l'enfant le nouvel aliment entre 8 et 15 fois pour pouvoir atteindre son acceptabilité [10].

2. La sélectivité alimentaire

L'enfant ne consomme qu'un nombre limité d'aliments. Il se développe normalement et

sa croissance staturo-pondérale est normale. Encore une fois, l'exposition répétée des aliments refusés est nécessaire. Ces aliments peuvent aussi être proposés sous forme cachée (purées, sauces...) pour en faire découvrir leur saveur.

Attention car dans certains cas, il peut exister une sélectivité extrême où le nombre d'aliments consommés est inférieur à 10-15 aliments. Ils peuvent être refusés à cause de leur goût mais aussi de leur texture, de leur odeur, de leur température ou de leur apparence.

Il convient dans ces situations de rechercher d'autres troubles du comportement (sensibilité aux bruits, à la lumière...). En plus des recommandations ci-dessus, l'intervention de psychothérapeutes, psychomotriciens et orthophonistes est souvent nécessaire.

■ L'enfant qui a peur de manger

Cette situation survient souvent dans un contexte "post-traumatique" qu'il faut être capable d'identifier. On distingue globalement trois situations :

1. Phobie après un événement unique

L'enfant a présenté, dans le passé, lors de la prise alimentaire le plus souvent d'un aliment solide, un épisode d'étouffement ou de fausses routes et refuse désormais de manger des morceaux.

Il faut réduire l'anxiété de l'enfant et celle des parents, les rassurer et progresser graduellement dans l'introduction des textures. Il faut redonner confiance aux parents en eux-même et aux parents envers leur enfant.

Les nouvelles recommandations du comité de nutrition de l'*European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition* (ESPGHAN) (voir encadré page 13) préconisent désormais l'introduction des morceaux mous dès l'âge de 8 mois [11]. Il n'y a pas lieu de différer leur introduction chez un enfant qui n'a pas de troubles organiques.

2. Refus secondaire à une douleur ou à une sensation désagréable

L'enfant refuse de manger parce qu'il a mal ou qu'il a une sensation désagréable lors de la déglutition. Une cause organique doit être éliminée (œsophagite peptique, œsophagite à éosinophiles, achalasie...) et l'enfant référé dans un centre de gastroentérologie pédiatrique.

3. Phobie alimentaire dans le cadre d'une pathologie post-traumatique

L'enfant refuse de manger car il n'a pas vécu les étapes habituelles du développement de la prise alimentaire en raison d'une pathologie néonatale ayant nécessité l'emploi d'une nutrition entérale ou parentérale prolongée

(prématurité, pathologie néonatale neurologique, digestive, respiratoire, cardiaque...).

La prise en charge de ces enfants est longue et complexe et doit être confiée à des équipes spécialisées, le plus souvent hospitalières.

Un travail de désensibilisation corporelle sera nécessaire avec l'intervention :

>>> De psychomotriciens qui vont permettre le positionnement et favoriser le toucher des différentes textures.

>>> Des orthophonistes ayant l'habitude des troubles de l'oralité qui vont réaliser des stimulations douces et éviter des intrusions violentes dans la bouche par un travail de désensibilisation de la zone orale qui a été souvent agressée dans les premiers mois de vie (intubation, aspiration, pose de sonde gastrique...).

>>> Des psychologues, voire des psychiatres, qui vont travailler pour ressouder la relation mère-enfant et déculpabiliser la mère. Cette consultation doit être introduite avec douceur, en binôme idéalement avec le pédiatre ou en consultation multidisciplinaire.

À noter que les enfants phobiques sont souvent sélectifs et hypersensibles, et ce après un traumatisme même s'il n'est pas majeur.

ASSISTANCE NUTRITIONNELLE ET TROUBLES DE L'ORALITÉ

L'administration d'une nutrition entérale par sonde naso-gastrique chez un nourrisson qui mange peu est devenue une pratique courante dans de nombreux services de pédiatrie. Elle est souvent mise en place, d'une part, sans essayer de comprendre l'origine du trouble et, d'autre part, sans accompagnement de l'enfant et de sa famille. La nutrition entérale est souvent une solution de facilité, elle rassure le pédiatre et parfois indirectement la famille angoissée par la faible prise de poids de leur enfant, mise parfois trop en avant par les soignants. Comme nous l'avons vu, son utilisation doit être réservée aux

enfants présentant des troubles organiques de l'oralité ou une pathologie liée à une dysfonction d'organe entraînant une anorexie secondaire. Dans les anorexies précoces sévères du nourrisson, la nutrition entérale est parfois nécessaire temporairement. La pose d'une gastrostomie est recommandée si la durée de l'utilisation d'une nutrition entérale dépasse 6 mois. Les bénéfices, mais également les effets délétères, du soutien nutritionnel doivent être bien expliqués en amont. Le projet de mise en route d'une nutrition entérale doit s'accompagner de l'évocation de sa durée et de sa fin.

CONCLUSION

Les troubles de l'oralité alimentaire regroupent plusieurs entités distinctes qui doivent être identifiées après un interrogatoire détaillé, une analyse sémiologique fine et un examen clinique rigoureux. Les troubles du "comportement alimentaire" sont plus fréquents que les "troubles alimentaires" liés à une pathologie somatique ou organique. La prise en charge est souvent longue et nécessite différents intervenants (médecins, psychomotriciens, psychologues, orthophonistes...).

DIVERSIFICATION ALIMENTAIRE DU NOURRISSON RECOMMANDATIONS DES EXPERTS (POINTS FORTS) [11]

Ces recommandations s'adaptent à des nourrissons vivants en Europe.

QUAND ?

- L'allaitement maternel doit être encouragé au moins jusqu'à 4 mois (17 semaines, début du 5^e mois de vie) et être prédominant jusqu'à l'âge de 6 mois.
- La diversification alimentaire ne doit pas débuter avant l'âge de 4 mois mais ne doit pas non plus être décalée au-delà de 6 mois.

AVEC QUOI ?

- La poursuite de l'allaitement maternel est conseillée pour encadrer le début de la diversification.
- Les recommandations concernant le type d'aliments à introduire doivent tenir compte des traditions et de la culture des populations. Les nourrissons doivent recevoir une alimentation variée, composée d'aliments de différents saveurs et textures, y compris les légumes ayant un goût amer.
- Le lait de vache, pauvre en fer et riche en protéines et lipides, ne doit pas être utilisé avant l'âge de 12 mois.
- Les aliments allergisants doivent être introduits après 4 mois (17 semaines).
- Les enfants à haut risque d'allergie à la cacahuète doivent avoir une introduction de cet aliment entre 4 et 11 mois et être suivis par un professionnel spécialiste.
- Le gluten peut être introduit entre 4 et 12 mois. La consommation d'importantes quantités de gluten doit être évitée dans les semaines suivant son introduction.
- Tous les enfants doivent recevoir une alimentation diversifiée riche en fer en consommant notamment de la viande ou des produits enrichis en fer. La meilleure forme d'apport dépend de la population, de facteurs culturels et de disponibilité des aliments. Les laits infantiles peuvent être un complément utile.
- L'ajout de sucre ou de sel n'est pas nécessaire dans l'alimentation, de même les jus de fruits ou boissons sucrées doivent être évitées.
- Les régimes végétaliens ne doivent être envisagés que sous surveillance médicale et diététique stricte, en s'assurant que l'enfant a une supplémentation adéquate en vitamine B12, vitamine D, fer, zinc, folates, oméga-3, protéines et calcium. L'apport énergétique doit également être régulièrement évalué. Les parents doivent être prévenus des conséquences sévères possibles de ces régimes en l'absence de supplémentation de l'alimentation.

COMMENT ?

- Les textures et consistances proposées à l'enfant doivent tenir compte de son stade de développement en progressant graduellement de l'alimentation avec les doigts à l'alimentation autonome à la cuillère.
- La proposition prolongée de purées est déconseillée, l'introduction d'une alimentation avec des petits morceaux ne doit pas être retardée après l'âge de 8-10 mois.
- À l'âge de 12 mois, l'enfant doit boire principalement dans une tasse plutôt qu'au biberon.
- Les parents doivent répondre à la faim de leur enfant et respecter sa satiété, une alimentation basée sur le réconfort et les récompenses doit être évitée.

BIBLIOGRAPHIE

1. ABADIE V. L'approche diagnostique face un trouble de l'oralité du jeune enfant. *Arch Pediatr*, 2004;11:603-635.
2. RYBAK A. Organic and Nonorganic Feeding Disorders. *Ann Nutr Metab*, 2015;66 Suppl 5:16-22.
3. CASCALES T, OLIVES JP. Feeding disorders in infants and toddlers: advantages of a joint consultation with pediatrician and psychologist. *Arch Pediatr*, 2013;20:877-882.
4. CHATOOR I. Feeding disorders in infants and toddlers: diagnosis and treatment. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 2002;11:163-183.
5. CHATOOR I, GANIBAN J, HARRISON J *et al.* Observation of feeding in the diagnosis of posttraumatic feeding disorder of infancy. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2001;40:595-602.
6. DUBEDOUT S, CASCALES T, MAS E *et al.* Feeding disorders in infants and toddlers: At-risk situations and predisposing factors. *Arch Pediatr*, 2016;23:570-576.
7. BION A, CASCALES T, DUBEDOUT S *et al.* Early restrictive feeding disorders: Quantitative assessment of parent/infant feeding interactions. *Encephale*, 2016; 2016 Oct 11. pii: S0013-7006(16)30199-3.
8. ABADIE V. Troubles de l'oralité d'allure isolée: "isolé ne veut pas dire psy". *Arch Pediatr*, 2008;15:837-839.
9. KERZNER B, MILANO K, MACLEAN WC *et al.* A practical approach to classifying and managing feeding difficulties. *Pediatric*, 2015;135:344-353.
10. NICKLAUS S. The Role of Dietary Experience in the Development of Eating Behavior during the First Years of Life. *Ann Nutr Metab*, 2017. In press
11. FEWTRELL M, BRONSKY J, CAMPOY C *et al.* Complementary Feeding: A Position Paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 2017;64:119-132.

Réalités Pédiatriques – Numéro Spécial – Novembre 2017
Éditeur : Performances Médicales – 91, avenue de la République – 75011 Paris
Numéro de commission paritaire : 0122 T 81118 – ISSN : 1266-3697
Directeur de la publication : Dr Richard Niddam
Tél. 01 47 00 67 14 – Fax : 01 47 00 69 99 – E-mail : info@performances-medicales.com
Impression : bialec – Heillecourt – © shutterstock@Oksana Kuzmina

Régurgitations importantes

Novalac AR Digest devient

Novalac

AR+

Formule inchangée
Même efficacité



Efficacité + importante que la caroube seule
grâce à un double épaississant ⁽¹⁾



Laboratoires

Novalac

LA NUTRITION DES BÉBÉS A SON EXPERT

(1) Vandenplas Y *et al.* Double blind comparative trial with 2 antiregurgitation formulae. JPN 2013; 57:389-393. Etude multicentrique en double aveugle, cross-over évaluant l'efficacité de Novalac AR+ versus une formule épaissie à base de caroube seule. 143 Nourrissons d'âge moyen 9,1 semaines inclus.

Avis important : Le lait maternel est l'aliment idéal pour chaque nourrisson. Une bonne nutrition maternelle est essentielle pour préparer et maintenir l'allaitement. Les laits infantiles sont destinés à remplacer l'allaitement maternel si celui-ci n'est pas choisi, n'est pas adapté, est arrêté prématurément ou doit être complété. L'allaitement mixte peut gêner l'allaitement maternel et il est difficile de revenir sur le choix de ne pas allaiter. La mauvaise préparation d'un lait infantile peut entraîner des risques pour la santé des nourrissons et il est important de suivre les conseils pour une bonne reconstitution des laits infantiles. Les implications socio-économiques doivent être prises en compte dans le choix de la méthode d'allaitement.

Novalac AR+ est un aliment diététique destiné à des fins médicales spéciales, doit être exclu de l'alimentation de l'enfant bien portant et n'est à utiliser que sous contrôle médical. FR2NOV10605/17 – Document strictement réservé aux professionnels de santé et professionnels de la petite enfance, établi en 04/17.