

LES TROUBLES DE L'ORALITÉ (TO) DU NOURRISSON OU TROUBLE DES CONDUITES ALIMENTAIRES (TCA)

ORALITY DISORDERS IN INFANTS OR DISORDERS OF EATING BEHAVIOUR

Par **Alain LACHAUX***

MOTS-CLÉS

Troubles de l'oralité (TO), Trouble des conduites alimentaires (TCA), Nourrisson.

KEYWORDS

Orality disorders, Disorder of eating behaviour, Infant.

Chez le nourrisson l'alimentation a une triple fonction, elle satisfait un besoin physiologique (faim), est source de plaisir et interagit avec la notion de besoins affectifs en particulier dans le cadre de la relation mère-enfant. Prendre en compte ces fonctions est donc indispensable à la compréhension

du développement de l'oralité et donc du comportement alimentaire du nourrisson.

Toutefois, ces données sont aussi dépendantes de nombreux autres paramètres qui vont interagir entre eux. Parmi ceux-ci, une hospitalisation prolongée et/ou une pathologie sous-jacente et en particulier des anomalies anatomiques ou neurologiques devront toujours être recherchées. Quand un de ces nombreux facteurs est affecté, un trouble de l'oral (TO) peut apparaître.

I. RAPPELS PHYSIOLOGIQUES ET DÉFINITIONS

Le terme troubles des conduites alimentaires (TCA) a été utilisé initialement pour les troubles de l'adolescent et de l'adulte mais peut aussi être utilisé chez le nourrisson (TCA du nourrisson). Toutefois, chez le jeune enfant, on utilise plus volontiers le terme de trouble de l'oralité (TO) ou encore difficultés de nourrissage.

Les TCA les plus fréquents du grand enfant et de l'adulte sont, l'anorexie par diminution des apports et/ou vomissements avec comme conséquences un amaigrissement ou une mauvaise prise de poids, et la boulimie qui est surtout observées chez les jeunes filles. Chez les nourrissons, les TO ont une présentation particulière.

* Professeur de Pédiatrie, Expert près la Cour d'Appel de Lyon
Chef du service de Gastroentérologie, Hépatologie et Nutrition
pédiatrique
Hôpital Femme Mère Enfant du CHU de Lyon, France
alain.lachaux@chu-lyon.fr

II. LES TO CHEZ LE NOURRISSON

Les TO se traduisent habituellement par une impossibilité, une difficulté ou un refus à téter le sein ou le biberon puis une impossibilité, une difficulté ou un refus à manger à la cuillère ou des morceaux. Des nausées et des vomissements sont souvent associés. Pour ces enfants, il y a une inadaptation à tolérer un aliment dans la bouche parfois uniquement en raison de sa consistance ou de sa texture (liquide, mixé, morceaux). L'alimentation, ou même la simple vue d'un aliment, peut-être est perçue comme une agression et source de nausées et de vomissements... La conséquence de ces troubles et une diminution des apports caloriques par refus de prise alimentaire et/ou de vomissements avec comme conséquence une mauvaise prise de poids.

III. DÉVELOPPEMENT DE L'ORALITÉ ET FENÊTRES TEMPORELLES

Le développement de l'oralité commence in-utero avec la sensibilisation du fœtus à certaines saveurs et odeurs transmises par le liquide amniotique.

Chez le nouveau-né, deux éléments doivent être pris en compte. Il existe de façon innée une capacité de succion et de déglutition qui correspond à un réflexe archaïque qui en quelques semaines va faire place à un mode de fonctionnement de plus en plus conscient. Il faut savoir que la langue et la bouche sont dans les premières semaines de vie très sensibles et réactogènes. La succion répétée permet une diminution de cette hyper-sensibilité (désensibilisation), par contre s'il n'y a pas de stimulation de la succion, on note l'accentuation de cette hyper-sensibilité (mécanisme de défense) avec apparition de refus alimentaires qui seront aggravés par le « forcing » avec apparition de nausées et de vomissements. Cette notion est maintenant bien connue des services de néonatalogie où sont mises en place des « tétées d'oralité » afin d'entretenir ce réflexe et de développer la tolérance aux contacts alimentaires multiples. La confusion entre sein et tétine est le deuxième élément qui doit être reconnu. En effet, les techniques de succion du sein et de la tétine d'un biberon sont différentes. Il faut noter en particulier que la prise du biberon est relativement « passive » alors que la prise du sein nécessite une prise « en bouche » de l'ensemble du mamelon, associée à la mise en place d'un réflexe de succion-déglutition complexe. La mise en place de biberons de compléments en plus de l'allaitement maternel est donc délétère pour le nourrisson qui peut avoir des difficultés de succion-déglutition et en particulier rejeter le sein pour préférer le biberon sources de tétés plus « pas-

sives ». Une telle substitution est aussi responsable d'un défaut de stimulation mammaire et donc une diminution de la sécrétion lactée, d'une perte de confiance de la mère et aussi une perte des effets bénéfiques du lait maternel (flore intestinale, prévention d'allergies, de l'obésité...).

De la naissance à l'âge de 5 mois, le lait maternel ou le lait artificiel représente l'essentiel des apports alimentaires du nourrisson puis entre l'âge de 4 et 12 mois apparaît une période dite de néophilie qui correspond à une fenêtre de diversification. En effet, durant cette période, les enfants acceptent plus facilement les nouveaux aliments. Il faut toutefois parfois plusieurs tentatives pour aboutir à l'acceptation. On peut aussi noter que si de nombreux aliments sont proposés, les nouveaux aliments seront ultérieurement plus faciles à introduire. Cette période conditionne l'acceptation à long terme des aliments mais aussi l'acceptation des saveurs différentes : salé, sucré, amer. La période comprise entre l'âge de 6 à 12 mois est favorable à l'acquisition envers les différentes textures : lisse, grumeleux, petits morceaux... La langue apprend à mouvoir les aliments dans la bouche pour préparer la déglutition et les premières dents font leur apparition. Un défaut d'apprentissage à cette période conduit à des difficultés au niveau des textures.

Entre 12 et 24 mois, on note une période dite néophobie durant laquelle les aliments inconnus sont souvent rejetés mais certains peuvent aussi être acceptés. Les préférences alimentaires sont alors établies, au niveau des combinaisons de textures et de saveurs, et l'enfant a aussi appris à classer les aliments : inconnus, bons, mauvais...

Après l'âge de 2 à 3 ans, on parle de période dite d'imitation. L'enfant sort de la période de néophobie et imite son entourage. Il s'agit d'une période favorable puisque l'enfant va mimer le comportement alimentaire des parents et des autres enfants (crèche). Il s'ouvre au processus lié à la communication et aux stimulations.

IV. PATHOLOGIE ORGANIQUE OU CAUSE PSYCHOLOGIQUE

La première question à se poser devant un TO est de savoir s'il existe une pathologie organique pouvant expliquer ces troubles.

Il peut s'agir d'une pathologie organique évidente observée dès la naissance : anomalie morphologique (syndrome de Pierre Robin) ou cause neurologique (paralysie des nerfs crâniens). Toutes les pathologies de la sphère oropharyngée doivent être recherchées, en particulier les traumatismes pharyngés par reflux

ou vomissements multiples, par pose de sonde nasogastrique ou dans le cadre d'une trachéotomie... Sont aussi concernées toutes les maladies digestives chroniques affectant l'œsophage (atrésie, sténose...) ou les maladies de l'intestin (grêle court, dysmotricité...). La mise en place précoce des techniques de supports nutritionnels sans prise en charge adaptée (tétées d'oralité...) est à l'origine de l'apparition de troubles primaires de la succion-déglutition très sévères en relation avec l'absence de désensibilisation de la langue et de l'absence de stimulation de la déglutition. Ainsi, la mise en place d'une nutrition artificielle, soit par voie entérale (c'est-à-dire utilisant le tube digestif), soit par voie parentérale (c'est-à-dire utilisant le système veineux) doit obligatoirement être associée à la mise en place de tétées d'oralité pour éviter l'apparition de TO.

La question d'une pathologie organique identifiable sous-jacente à des troubles de l'oralité sera donc une question qu'il convient toujours de poser et un préalable à toute prise en charge. Dans un tel contexte, avant l'âge de 12 mois, la connaissance et la discussion du rôle éventuel des différentes pathologies liées à la diversification est indispensable. Il faut ainsi savoir diagnostiquer une allergie alimentaire (IgE ou non IgE dépendante), une intolérance alimentaire (déficit en lactase, ou en saccharase isomaltase) ou encore une pathologie liée à l'introduction du gluten.

Si aucune anomalie organique n'est retrouvée, des TO d'origine psychogène seront évoqués.

L'analyse des antécédents familiaux, de la personnalité des parents, du lien mère-enfant et du comportement de l'enfant doit permettre d'identifier des troubles psychiques bien définis comme les psychoses infantiles ou l'anorexie psychogène du nourrisson qui nécessitent une prise en charge spécifique.

Toutefois, la place particulière des interactions parents/enfants doit être soulignée et analysée. En effet, les TO du nourrisson sont générateurs d'angoisse et parfois de comportements inadaptés pouvant être révélateurs de difficultés relationnelles (troubles de l'attachement) ou plus simplement le reflet d'une méconnaissance des parents de la physiologie du nourrisson associée une prise en charge familiale déficiente (réassurance parentale).

Ainsi en présence de TO du nourrisson, la problématique entre les causes et les conséquences devra toujours être présente compte tenu du fait que comportement alimentaire du nourrisson dépend pour une part importante de l'interaction du nourrisson avec son entourage (relation mère-enfant) et donc de facteurs psychologiques.

Dans un tel contexte, le syndrome de Munchausen par procuration pose un problème particulier.

Ce syndrome correspond à des sévices cachés produits par les parents (essentiellement la mère). Ces sévices affectent souvent des jeunes nourrissons et induisent des troubles variés (vomissements, convulsions, malaises...). Pour lesquels il n'est pas retrouvé de pathologie organique. Le corps médical est dans « l'expectative » ou peu faire fausse route interprétant à tort ces symptômes comme le signe d'une maladie le plus souvent banale (reflux gastro-œsophagien par exemple). De multiples examens et hospitalisations peuvent être alors réalisés sans qu'un diagnostic précis soit fait.

Ce syndrome reflète la complexité des interactions qui peuvent être mise en place entre un nourrisson et son entourage (relation mère-enfant) mais aussi du poids de la présence de troubles psychiques connus ou sous-jacents chez les parents qui vont décompenser à l'occasion d'une naissance. L'utilisation du corps médical qui est instrumentalisé et manipulé est une des caractéristiques importantes à prendre en compte lors du processus de prise en charge de l'enfant.

Cette pathologie, illustre la place que peut avoir un nourrisson ou un enfant, dans le jeu diabolique et/ou pervers parfois mis en place par les parents avec le corps médical. L'échec du médecin ne rebute pas les parents (la mère) qui redemande des examens avec le risque de créer des TO ou du comportement induits par les hospitalisations et les bilans répétés. Le plus souvent, il s'agira d'un diagnostic par défaut. En effet, en l'absence des parents, l'enfant ne présente plus de manifestation et les manifestations pathologiques ne sont observées qu'en leur présence ou qu'après leur passage (sévices directs ou injections de substances à l'enfant).

Les principes de la prise en charge

La prise en charge des troubles de l'oralité du nourrisson peut se faire de façon simple en répondant à 4 questions principales : L'enfant ou les parents ont-ils des antécédents particuliers ? Y a-t-il un retentissement sur la croissance ? Quelle est l'ambiance des repas ? La famille est-elle stressée ou perturbée par les troubles ?

Pour les jeunes nourrissons les consultations d'oralité multidisciplinaires impliquant pédiatre, pédopsychiatre, neuro-pédiatre, orthophoniste, psychologue permettent de poser les indications d'examens complémentaires (radiologique, ORL...) et les avis spécialisés (ORL...). Pour s'aider dans la prise en charge de l'oralité, il faut interagir avec les associations de parents et mettre en place un suivi médico-psychologique. Le réseau des orthophonistes, ainsi que les prises en charge hospitalières spécialisées de type at-

lier du goût, groupe d'enfants (Miam-Miam...) sont aussi utiles.

Lorsque l'enfant est assez grand, on encouragera l'auto-alimentation. L'alimentation sera retirée si l'enfant ne mange pas et stoppée si l'enfant se met en colère. On souligne l'importance des repas fixes, des durées maximales données aux repas (30 minutes), et l'absence de prise de nourriture entre les repas autre que de l'eau. L'environnement est important avec une atmosphère neutre, l'absence de jeux à table, pas de nourriture sous forme de récompense, pas de for-
cing...

L'avis d'un pédopsychiatre permettra de rechercher des situations psychiatriques interagissant de façon évidente avec les troubles de l'oralité. Il permettra également de répondre à l'angoisse des parents, angoisse générée par ces troubles, mais aussi d'aider à apprécier le retentissement familial (épuisement).

V. CONCLUSIONS

Chez le nourrisson le développement de l'oralité est la résultante de l'interaction de paramètres multiples

(anatomiques, neurologiques et psychologiques). Toute perturbation dans le processus développemental affectant un de ces paramètres peut se traduire par un TO qui se manifestera par une difficulté à téter le sein ou le biberon, des nausées ou des vomissements. L'alimentation, ou même la simple vue d'un aliment peut alors être perçue comme une agression. Devant ces troubles digestifs se pose la question de savoir s'il s'agit de troubles comportementaux primitifs ou induits par une pathologie sous-jacente. Cette donnée explique la difficulté de l'évaluation et de la prise en charge de ces troubles. ■

VI. RÉFÉRENCES

- Abadie V. L'approche diagnostique face à un trouble de l'oralité du jeune enfant. *Arch Pediatr* 2004;11:603-5.
- Poinso F, Viellard M, Dafonseca D, *et al.* Les anorexies infantiles : de la naissance à la première enfance. *Arch Pediatr* 2006;13:464-72.
- Udall JN. Infant feeding: initiation, problems, approaches. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* 2007;37:374-99.