

TROUBLES DES CONDUITS ALIMENTAIRES

Se nourrir est une fonction vitale au même titre que respirer ou avoir une fonction cardiaque correcte.

Mais lorsque une mère ou un père nourrit son enfant il dépasse cette dimension purement nutritionnelle et recouvre son geste ou son attitude d'une dimension psycho-affective.

Toute anomalie de ce lien psycho-affectif peut être ainsi à l'origine d'un trouble de la conduite alimentaire que l'enfant traduit et exprime par une anorexie, ou une hyperphagie, ou d'autres aberrations oro-alimentaires.

Anorexie

1. Anorexie du nourrisson

Traits essentiels

L'anorexie s'installe entre 5 et 8 mois plus ou moins brutalement. Ce nourrisson, en bonne santé, s'est alimenté normalement jusque-là.

Circonstances

Cette manifestation apparaît souvent lors du sevrage, ou lors du passage à une alimentation diversifiée, ou après une maladie intercurrente.

Expression de l'anorexie

L'enfant refuse le plus souvent l'alimentation solide mais accepte ce qui est liquide: soit l'enfant sa mère le gaver et rejette ensuite ce qu'il a dans la bouche ou vomit; soit il s'oppose activement à toute introduction d'aliment dans sa bouche (serre les dents, détourne la tête...).

Attitudes et profils de la mère

La mère n'accepte pas le refus de son enfant. Elle focalise toute son attention sur le problème alimentaire et tente par diverses attitudes de faire ingérer à son nourrisson ce qu'elle désire lui apporter (attitudes de séduction: jeux et diversions, ou attitudes coercitives). Ces mères se présentent au médecin le plus souvent soit très angoissées, soit rigides obsessionnelles ou simplement un peu perfectionnistes.

Conduite à tenir

- Éliminer à l'interrogatoire une erreur diététique grossière, à l'examen une affection somatique (digestive ou neurologique essentiellement) avec au besoin demande d'investigations complémentaires s'il y a des signes d'appel
- Aider la mère à modifier son attitude: calmer son angoisse si elle existe; faire comprendre qu'il y a chez le nourrisson, comme chez l'adulte, des variations normales de l'appétit; lui faire comprendre qu'elle entretient l'anorexie par le gavage; laisser l'enfant régler seul le volume de ce qu'il mange; orienter la vigilance excessive de cette mère vers le développement psychomoteur et la croissance staturo-pondérale de l'enfant dont la normalité dans la plupart des cas a un rôle rassurant certain.
- En cas d'échec: vérifier s'il n'y a pas un diagnostic au départ mal orienté ou une pathologie étiquetée nécessitant des régimes complexes auxquels la mère est mal adaptée (maladie coeliaque par exemple).

2. Anorexie du petit enfant

Traits essentiels

Anorexie qui apparaît le plus souvent chez un enfant de 2 à 3 ans en bonne santé et à croissance normale. Il s'est alimenté normalement jusque-là mais parfois on note déjà une anorexie du petit nourrisson à l'anamnèse. Cette anorexie, contrairement à celle de l'adolescent, n'est jamais grave.

Circonstances

Cette anorexie exprime une opposition à des parents qui sont trop rigides et trop stricts quant au scénario des repas (horaires, quantités alimentaires...). Le repas est souvent « une épreuve de force » où s'affrontent deux camps: celui des parents et celui de l'enfant.

Expression de l'anorexie

Refus électif de certains aliments: la viande le plus souvent ou refus systématique des plats aux principaux repas (midi et soir) tandis que le petit déjeuner ou le goûter souvent bien acceptés.

Conduite à tenir

Vérifier la normalité de la croissance de l'enfant et éliminer une cause organique (pathologie digestive chronique – maladie coeliaque fruste...). Mêmes conseils aux parents que pour l'anorexie du nourrisson; conseiller aux parents une attitude moins contraignante; laisser à l'enfant “le droit à la différence”, il n'est pas certain que les contraintes alimentaires imposées correspondent à ses besoins; rassurer les parents par la mise en évidence de la normalité du développement psychomoteur et staturo-pondéral; conseiller des séjours en vacances du milieu familial habituel: séjour chez un autre membre de la famille ou séjour en colonies de vacances. Le changement de mode de vie et la modification de l'environnement (autres enfants, autres adultes) sont propices à la disparition de cette conduite anorectique.

3. Anorexie mentale à l'adolescence

Les troubles de la conduite orale à l'adolescence semblent augmenter en fréquence et posent un grave problème pronostique.

L'amélioration du pronostic de l'anorexie mentale dépend d'une meilleure harmonisation médicale et psychiatrique.

Le traitement médical repose sur une stratégie de **renutrition**. Le but de ce paragraphe est d'insérer cette renutrition dans le contexte psychiatrique conjoint.

Traits essentiels

Le médecin se trouve en général devant une jeune fille entre 12 et 18 ans amenée par sa famille en consultation pour amaigrissement corporel souvent très important (chute de poids de 25 voire 50%).

Cette jeune fille, en général bonne élève, travailleuse, compétitive paraît avoir une adaptation sociale normale malgré une certaine difficulté d'intégration aux groupes. En dehors de toute cause organique cet amaigrissement est lié à:

- l'instauration d'habitudes alimentaires permanents très restrictives,
- des vomissements provoqués,
- l'usage intempestif de laxatives et diurétiques,
- et le développement d'une hyperactivité physique qui augmente les dépenses énergétiques..

Le médecin trouve à l'interrogatoire:

- une peur excessive de grossir, ou devenir trop grosse malgré l'importance de l'amaigrissement (perturbation de l'image corporelle),
- un refus des normes du poids corporel en fonction de l'âge et de la taille

Le médecin trouve à l'examen:

- des signes de dénutrition sévère: en particulier perte du panicule adipeux, fonte des masses musculaires, troubles vaso-moteurs et oedèmes des membres inférieurs, peau sèche et diverses lésions dermatologiques (témoins de carences vitaminiques ou oligoéléments) hypotension, hypothermie, des troubles endocriniens dont l'aménorrhée, très fréquente...

Il s'agit d'un **refus catégorique de s'alimenter** normalement (les perturbations de la conduite orale). Cet adolescent ou adolescente contrôle en permanence toute sensation de faim. S'impose des privations alimentaires: restrictions énergétiques, restrictions glucidiques et lipidiques, puis restrictions protidiques; s'intéresse à la diététique mais pour satisfaire les autres; dérobe volontiers de la nourriture mais pour la stocker ou la détruire.

Conduite à tenir

Harmonisation – Renutrition et psychiatrie

Dans ce contexte, médecin et psychiatre doivent éviter de faire cavalier seul. Suivant la gravité de l'état de dénutrition, la démarche initiale sera médicale ou psychiatrique.

- Il y a urgence nutritionnelle: en cas de dénutrition très grave à la phase de complication infectieuses ou cardiaques (bradycardie, troubles du rythme) le premier objectif est la reprise de poids en milieu hospitalier dans un service de nutrition avec des méthodes de renutrition efficaces, telle la nutrition entérale à débit continu avec produits nutritionnels de haute sécurité digestive. Il s'agit d'une véritable réanimation nutritionnelle.
- Il n'y a pas d'urgence médicale: dans ce cas l'hospitalisation, en milieu psychiatrique de préférence, est préparée. Il s'agit de faciliter un changement psychique pour abandonner les restrictions alimentaires, et accepter un poids corporel minimum.

L'hospitalisation

Elle doit être acceptée par l'adolescent ou l'adolescente et sa famille qui a un rôle notable dans la genèse et l'évolution de la pathologie. La patiente est alors séparée de sa famille et n'a aucun contact avec elle pendant le programme thérapeutique (isolement thérapeutique).

La prise en charge est à la fois:

- psychiatrique: maternage par l'équipe soignante, valorisation des gains de poids, et traitements psychologiques
- médicale: renutrition et reprise de poids: la renutrition a pour but d'aider à remplir le contrat passé avec la patiente: la sortie de l'hôpital est conditionnée par l'atteinte d'un poids minimum. Pour cela l'équipe soignante doit être déjouer les troubles de la conduite alimentaire (dérobade, stockage, destruction d'aliments). Le programme de réalimentation doit obéir aux exigences suivantes:
 - il doit être équilibré,
 - le rythme des prises alimentaires doit être régulier,
 - il peut être fractionné (surtout en phase initiale),
 - il doit être supplémenté, en dehors des repas traditionnels, on peut utiliser des boissons nutritionnelles (type shak) permettant d'assurer 500 à 1000 kcal en supplément. La forme boisson est souvent mieux acceptée que l'alimentation traditionnelle.

Hyperphagie

1. Hyperphagie permanente

Enfant au visage “rubicond” déjà plus ou moins obèse qui s’insère volontiers dans une famille de gros mangeurs.

Son surpoids est souvent vécu comme une bonne “image de marque” par ses “parents sécurisés”. Il ne sera que très rarement amené en consultation. Conduite à tenir: comme pour “obésité”.

2. Crises de boulimie

Enfant ou adolescent consommant de la nourriture par accès incontrôlés pouvant aller jusqu’au vol de nourriture. Un excès de poids peut accompagner cette conduite alimentaire aberrante mais ce n’est pas obligatoire. L’enfant ou l’adolescent est souvent amené en consultation contrairement au cas précédent soit pour l’excès de poids, soit le plus souvent pour sa conduite alimentaire très mal tolérée par la famille.

Circonstances:

Il s’agit en général d’un enfant exprimant par ses crises de boulimie un malaise qu’il ressent profondément: carence affective dans sa famille, peur d’abandon ou insécurité affective.

Conduite à tenir:

- en cas d’obésité, le traitement de l’obésité
- en cas de crises de boulimie sans surpoids: faire un examen médicale et psychologique de l’enfant; évaluer le contexte familial et sa dynamique; faire accepter par l’enfant et sa famille l’aide d’un psychothérapeute en cas de perturbation de la personnalité de l’enfant ou de troubles du lien mère-enfant

Autres aberrations de la conduite oro-alimentaire

Le pica

Absorption de substances non nutritives: terre (géophagie), savon, tec. Se rencontre chez le petit enfant; n’a pas de signification pathologique à cet âge-là, représente une exploration de la sphère buccale.

Aberrations rares

Mercysme: vomissement provoqué dans la bouche et rumination de ce bol alimentaire. C’est un problème à aborder par la psychothérapie.