

Mise au point

Les anorexies infantiles : de la naissance à la première enfance

Infantile anorexia: from birth to childhood

F. Poinso ^{a,*}, M. Viellard ^a, D. Dafonseca ^a, J. Sarles ^b

^a Service de pédopsychiatrie, CHU de Marseille, boulevard de Sainte-Marguerite, 13274 Marseille cedex 09, France

^b Service de pédiatrie, CHU de Marseille, hôpital de La Timone, France

Reçu le 9 décembre 2005 ; accepté le 17 janvier 2006

Disponible sur internet le 23 mars 2006

Résumé

Les anorexies du jeune enfant (0–4 ans) peuvent être d'origine organique, ou d'origine psychologique, mettant en jeu les interactions entre l'enfant et son entourage. Les formes les plus complexes et les plus précoces restent le plus souvent d'étiologie indéterminée. Les classifications psychopathologiques, qui mettent l'accent sur la relation mère–enfant, sont des repères indispensables, mais il existe maintenant un consensus dans les définitions : le diagnostic d'anorexie exige la présence d'une dénutrition aiguë ou chronique. On distingue principalement les anorexies par troubles des 1^{res} régulations, celles résultant de troubles graves de l'attachement ou des interactions, enfin les anorexies précoces et complexes, intriquant vulnérabilité organique et trouble relationnel, éventuellement secondaires. La prise en charge diffère selon l'étiologie retenue. Même lorsque l'origine n'est pas principalement un dysfonctionnement de la relation mère–enfant, les relations entre l'enfant et ses parents nécessitent un soutien pour éviter l'aggravation par des cercles vicieux interactifs (alimentation intrusive). Plus que d'autres pathologies de la petite enfance, les troubles alimentaires nécessitent une bonne connaissance des hypothèses de travail à la fois dans le champ de la pédiatrie et de la pédopsychiatrie.

© 2006 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Abstract

Young child's anorexia (0–4 years) may have organic or psychological origin, when parents–child relationships are concerned. The most complex and earliest forms often have unspecified aetiology. Psychopathological classifications, which emphasize the mother–child relationships, are essential reference marks. But there is now a consensus in the definitions: the diagnosis of infantile anorexia requires criteria of acute or chronic malnutrition. We mainly distinguish anorexia by early disorder of homeostasis, anorexia resulting from serious disorder of attachment, anorexia by disorder of mother–child interactions, and finally early and complex anorexia, mixing an organic vulnerability and a bonding trouble, which can be secondary. Treatments differ according to the selected aetiology. Even if the origin is not mainly the fact of a relational mother–child dysfunction, parents–child's relations require a support to avoid aggravation by interactive vicious circles (force feeding). More than other diseases of early childhood, feeding disorders require a good knowledge of the working hypotheses both in the field of the paediatrics and the child psychiatry.

© 2006 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Anorexie infantile ; Relation mère–enfant ; Troubles des conduites alimentaires

Keywords: Eating disorders; Anorexia; Mother–child relationship; Child

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : francois.poinso@ap-hm.fr (F. Poinso).

1. Introduction

Les difficultés alimentaires du jeune enfant sont très banales, de l'établissement de rythmes alimentaires qui rencontre l'anxiété parentale, jusqu'à des formes très sévères mettant en jeu le pronostic vital. Les pédiatres et les pédopsychiatres sont amenés, tour à tour ou simultanément, à donner un avis et parfois à organiser un soin pour ces enfants et leur famille.

En milieu hospitalier, pour des formes de gravité moyenne ou sévère, les anorexies infantiles sont des motifs d'appel des pédiatres aux pédopsychiatres, la démarche classique d'élimination de maladies organiques ayant sa pertinence ici. Mais les anorexies infantiles, surtout les formes les plus sévères, ne permettent pas toujours un diagnostic étiologique et nécessitent souvent un soin coordonné entre les pédiatres et les pédopsychiatres, car le retentissement somatique peut demeurer longtemps une priorité.

Nous avons l'expérience de cet abord multidisciplinaire dans le cadre du CHU de Marseille, à l'hôpital d'enfants de La Timone. Pour certains enfants nous avons proposé une hospitalisation dans une unité mère-nourrisson du service de pédopsychiatrie, le cadre d'une hospitalisation à temps partiel permettant à la fois l'observation de l'alimentation et un soutien de la relation mère-enfant (ou père-enfant). Ce dispositif s'est révélé utile, bien que les unités mères-bébés accueillent habituellement d'autres pathologies de la relation [1].

Les difficultés concernant l'alimentation des bébés et des jeunes enfants sont fréquentes, estimées à 25% environ de l'ensemble des enfants, 40 à 70% chez les prématurés et jusqu'à 80% chez les enfants présentant un retard du développement psychomoteur. Plus rarement, il s'agit de troubles sévères du comportement alimentaire, entraînant un retard de croissance staturopondérale et pouvant aller jusqu'au décès de l'enfant. Nous distinguerons ici les différents types d'anorexies infantiles, les intrications entre les pathologies organiques et les comportements alimentaires, et nous donnerons les principales orientations des prises en charge.

2. Les anorexies infantiles

Elles renvoient à des étiologies diverses, éventuellement associées. Certaines sont la conséquence de troubles organiques (malabsorptions, encéphalopathies de diverses origines, dont elles peuvent être le 1^{er} symptôme), d'autres pourraient être des manifestations de lutte contre l'intrusion, selon des mécanismes psychopathologiques parfois de type phobique, ou en rapport avec la nature des interactions de l'enfant avec son entourage. Les formes les plus précoces sont aussi les plus graves et les plus mystérieuses, associant peut-être des facteurs psychopathologiques à une vulnérabilité organique, ainsi que nous le décrirons plus loin.

Deux périodes dans la description de ces troubles peuvent être distinguées. La 1^{re} (1950–1980) décrit diverses formes selon les mécanismes psychopathologiques sous-jacents. La 2^e, inspirée par une description plus statistique des troubles,

conduit à une réorganisation de la nosologie, même si l'on repère une certaine continuité dans les concepts utilisés.

2.1. Première période

Les troubles du comportement alimentaire de l'enfant ont fait l'objet de nombreuses publications, à la fois psychiatriques et psychanalytiques [2,3] mais aussi pédiatriques, avec l'avènement de la médecine psychosomatique [4,5]. Kreisler et al. [6–8] ont abordé les « conduites alimentaires déviantes du bébé » au regard des théories de la médecine psychosomatique, qui tient compte de ce qui se passe entre la mère et son enfant au moment des repas, et qui résulte de leurs interactions dans tous les domaines. Les médecins psychosomaticiens utilisent le terme d'« anorexie mentale du nourrisson », définie comme une conduite de refus alimentaire sans trouble organique primaire, pouvant se manifester sous des formes variées. Ils en ont proposé une classification, opposant l'anorexie commune du 2^e semestre aux formes sévères de mécanismes mentaux complexes [8].

2.1.1. L'anorexie commune précoce

C'est de loin la plus fréquente et elle est qualifiée également d'anorexie du sevrage ou d'opposition. Kreisler l'a même qualifiée d'« anorexie de la contrainte ». Elle se caractérise par un refus des aliments s'installant le plus souvent dans le 2^e semestre à l'occasion du sevrage, au moment de l'introduction de nouveaux aliments avec utilisation d'une tétine ou d'une cuillère. Elle peut être favorisée par un changement dans la vie quotidienne de l'enfant, comme un nouveau mode de garde en crèche ou chez une nourrice.

Ce type d'anorexie peut suivre un incident mineur ayant pour point de départ un refus « légitime » des aliments de la part du bébé : dans certaines situations, l'enfant peut avoir moins d'appétit, à l'occasion d'une infection, d'une poussée dentaire ou après un vaccin par exemple. Le non-respect de ce refus momentané par l'entourage peut avoir par la suite des conséquences démesurées : le refus se renouvelle, pouvant varier selon le jour, le lieu, le type d'aliment, la personne qui nourrit le bébé... L'anorexie devient une habitude, d'autant plus que l'entourage y répond par la contrainte. Elle semble favorisée par la méconnaissance de particularités individuelles, telles que le rythme du sommeil et l'appétit de l'enfant. La soif reste normale et il n'existe pas de retard de croissance. L'enfant est frêle mais grandit bien. Il est en général bien éveillé, gai mais il finit habituellement son repas par des vomissements provoqués avec une grande aisance. La mère est décrite comme agacée, utilisant des subterfuges pour faire accepter la nourriture à son enfant : elle le distrait, le contraint ou profite d'un demi-sommeil pour le nourrir, afin qu'il soit plus compliant. La prise en charge du pédiatre comporte un examen physique minutieux et une surveillance attentive de la croissance staturopondérale. Elle a également pour but de modifier la nature des interactions entre l'enfant et ses parents au moment des repas, en amenant ceux-ci à se montrer moins anxieux vis-à-vis du symptôme, en excluant les aliments refusés par l'enfant

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4149166>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4149166>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)