

Du trouble de l'oralité à l'anorexie mentale :

trouble du comportement alimentaire de 0 à 18 ans

Dr Irène BOISSEAU

Pédiatre

Dr Christelle PROST LEHMANN

Pédopsychiatre

Centre de Référence des Troubles des Conduites Alimentaires de l'Arc Alpin

—

Centre de compétence anorexie mentale précoce

16 mai 2024



PLAN

Les troubles de l'oralité alimentaire Anorexie mentale précoce et anorexie mentale de l'adolescent

Les troubles de l'oralité alimentaire du jeune enfant



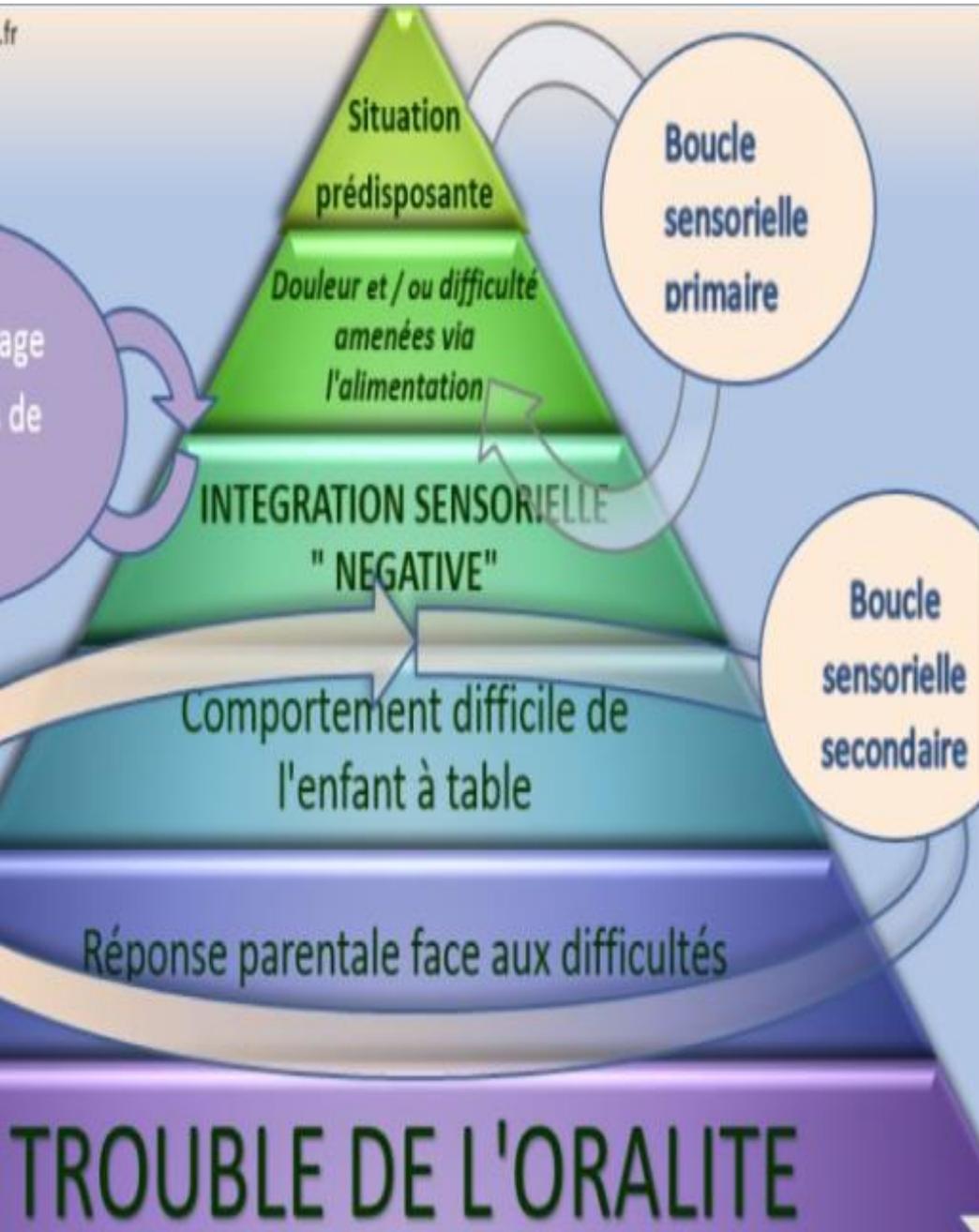
Troubles de l'oralité – Éléments clinique

- **Troubles alimentaires apparaissant dans la petite enfance**
- **Troubles sensoriels générant des comportements alimentaires restrictifs et sélectifs (boucle sensorielle primaire)**
 - refus de certains goûts
 - Parfois sur le même aliment
 - refus de certaines textures (morceaux, textures mixtes, etc), refus de certaines températures
- **Evitement des repas, désintérêt pour l'alimentation**
- **Repas longs, sans plaisir alimentaire**
 - l'enfant mâche longuement
- **Conflits lors des repas**

Troubles de l'oralité – Éléments clinique

- **Hyper-sensorialité plus globale (non constante)**
 - hypersensibilité tactile :
 - ✓ Orale: dégoût pour toucher les aliments, refus de certaines textures alimentaires, inconfort à la stimulation de la zone orale (refus des bisous, de la cuillère etc.).
 - ✓ Généralisée: refus de marcher dans l'herbe, le sable etc.
 - hypersensibilité aux odeurs, aux couleurs
- **Anxiété et appréhension de la nouveauté alimentaire (boucle émotionnelle secondaire)**
- **Pas de dysmorphophobie ou de préoccupations corporelles.**

Point d'ancrage
des troubles de
l'oralité



Boucle
sensorielle
primaire

Boucle
sensorielle
secondaire

D
É
V
E
L
O
P
P
E
M
E
N
T

▪ **Oromotricité :**
kiné / ortho phoniste / psychomot / ergo / orthoptiste (= KOPEO)

▪ **Sensorialité :**
pédiatre / ORL / neuropédiatre / gastropédiatre / pneumopédiatre / KOPEO

▪ **Rééducation-développement
Intégration neurosensorielle**
Psychomot / Orthophoniste / Ergo

▪ **Comportement :**
pédiatre / KOPEO / Psychologue / diététicien

Environnement
KOPEO / Psychologue / Psychiatre / Educateur / diététicien

**PRISE EN CHARGE ORALITÉ
PLURI & TRANSDISCIPLINAIRE**

- TOA secondaires
 - 40 à 75% des prématurés
 - parmi eux, **1-2 % auront des troubles sévères**
 - Immobilisation du nouveau-né dans la couveuse, absence de rythme physiologique, stimulations répétées et traumatiques de la sphère oro-faciale, défaut de portage parental, angoisses parentales
 - Importance des soins de prévention

- TOA secondaires
 - Nouveau-né avec pathologie congénitale chronique
 - Malformations digestives, cardiaques, pulmonaires, nécessitant de soins de nutrition et/ou ventilation invasive
 - Pathologies génétiques, neuromusculaires
 - Malformations du massif facial
 - Fente labio-palatine, malformation linguale

- TOA non traumatiques
 - prévalence est mal connue
 - difficultés alimentaires chez **25 % des nourrissons** sans antécédent
 - Sex ratio:1/1
 - de plus en plus fréquents?
 - Notion d'ARFID dans le DSM-5
 - Avoidant restrictive Food Intake Disorder

- **À différencier d'un simple refus alimentaire passager**
 - Développement de peurs associées à certains aliments (« préférences alimentaires »), souvent éviction fruits-légumes
 - touche les $\frac{3}{4}$ des enfants entre 2 et 10 ans, avec un pic entre 4 et 7 ans
- Différence par:
 - ✓ leur intensité et leur durée
 - ✓ leur présentation clinique atypique
 - ✓ le retentissement possible sur la croissance
 - ✓ l'anxiété qu'ils provoquent.

- Difficulté à ce stade: motif de consultation fréquent
 - Ni sur-diagnostiquer
 - Ni sous-diagnostiquer
 - « *un enfant ne se laisse pas mourir de faim...* »
- Mais **prévenir l’ancrage de difficultés**
 - car complications parfois sévères
 - Retard de croissance staturo-pondéral
 - Carences nutritionnelles
 - Complications socio-familiales

TOA – Cas Clinique

- Alexis, 8 ans
- Pas d'atcd personnels ou familiaux
- Né à terme, pas d'alerte neurodéveloppementale

- Allaitement jusqu'à 6 mois
- La diversification a débuté vers l'âge de 6 mois
 - d'emblée, des difficultés qui se sont manifestées.
- Les parents n'ont pas insisté et ont renouvelé la diversification 2 mois après
 - suivie d'épisodes de vomissements.

- L'introduction des morceaux a été également très compliquée mais les compotes lisses l'étaient aussi.

TOA – Cas Clinique

- Lors de la consultation:
 - Alexis s'alimente avec des pizzas faites maison, des frites, des yaourts naturels, ou mixés très lisses.
 - Les légumes: uniquement sous forme de soupes ou des beignets de courgettes faits maison, il ne mange pas de texture mixtes.
 - Les fruits: compotes de pommes, très lisses, uniquement une marque.
 - Il mange également des pâtes à la crème mais uniquement des coquillettes. Il ne mange pas de pain, , pas de riz.
 - Pas de fromage, sauf du gruyère râpé.
- Si les parents forcent l'alimentation: nausées voire des vomissements.
- Les repas sont longs, Alexis rechigne à venir à table, puis il met très longtemps à manger, il mâche et remâche les aliments, sans aucun plaisir à s'alimenter.
- Il peut parfois avoir du plaisir sur certains desserts comme la mousse au chocolat.
- Les repas ne sont pas améliorés en dehors de la maison car il en est de même chez les grands parents ou à l'école.

TOA – Cas Clinique

- Enfant qui va bien par ailleurs sur le plan médical (pas de cassure des courbes de croissance staturo-pondérales), scolaire, social, sportif
 - Mais aucune possibilité d'adapter son alimentation
- Pas d'éléments dépressifs, dort bien, pas de trouble anxieux caractérisé
 - Sauf pour la nouveauté alimentaire
- Petit, il présentait des éléments en faveur d'une hypersensorialité
 - aversion pour l'herbe, il ne pouvait pas marcher dans l'herbe ni dans le sable, n'aimait pas avoir les mains sales.
 - Les parents disent que cet aspect a bien évolué avec un petit garçon qui actuellement aime jouer dans la boue et avoir les mains sales.

TOA – Prise en charge

- **La prise en charge doit être nécessairement pluridisciplinaire**, prenant en compte
 - Les dimensions somatiques, psychologiques, sensorielles
 - Les dimensions individuelle et familiale
 - Importance de la psychoéducation +++
- Médecin somaticien
 - Pédiatre ou généraliste
- Orthophoniste
 - Ayant une spécialité dans les TOA
- Psychologue, psychomotricien ou pédopsychiatre selon les situations
 - Indications individuelles et/ou familiales

Approche diététique et nutritionnelle

- évaluation des ingesta par une diététicienne (journal alimentaire)
- fractionnement des prises alimentaires
 - PAI
- Complément nutritionnels oraux
- Alimentation entérale ; voire gastrostomie dans les cas extrêmes où la prise en charge risque de dépasser les trois mois



Anorexie mentale précoce et anorexie mentale de l'adolescent

Epidémiologie anorexie mentale de l'adolescent

- Etudes épidémiologiques
 - Incidence de 8 à 270/ 100 000 selon la population étudiée
 - Rajeunissement de l'âge de survenue de l'anorexie mentale à l'adolescence
 - Pic de 15-19 à 13-18 ans
 - Mais pas de majoration de prévalence établie

Anorexie mentale précoce

- PNDS Juillet 2022
 - Définit les spécificités de la pathologie
- Considérée comme « à début précoce » (AMP), ou dite « anorexie mentale prépubère »
 - Age maximum de début de 13 ans.
 - Parfois dès 6 ou 7 ans
 - A début très précoce: avant 10-11 ans
 - À l'exclusion des aménorrhées secondaires
 - Ratio fille/garçon différent
 - Entités distinctes des formes survenant plus tardivement à l'adolescence?

Anorexie mentale précoce

- Anorexie mentale précoce
 - Répond aux mêmes critères diagnostiques que l'anorexie mentale des adolescents plus âgés, avec des spécificités cliniques
- Maladie rare
 - incidence entre 1.1 et 7/100 000.

- ANOREXIE MENTALE

- DSM-5:

- **Restriction persistante des apports alimentaires** menant à un **poids significativement bas** (au regard de ce qui est attendu pour l'âge, le sexe, la trajectoire développementale et la santé physique).
- **Peur intense de prendre du poids** ou de devenir gros, ou conduites persistantes entravant la reprise de poids
- **Altération de la perception de la forme du corps, ou jugement porté sur soi trop influencé par la forme du corps**

- **ANOREXIE MENTALE**

- DSM-5:

- Deux sous-types

- Restrictif pur: retrouvé majoritairement dans l'anorexie mentale précoce

- » Sans crises de boulimie, vomissements, ou conduites purgatives

- Avec vomissements et conduites purgatives

- » Avec crises de boulimie, vomissements, ou conduites purgatives régulières

Signes comportementaux alimentaires

- Changement de régime alimentaire
- Intérêt pour les étiquettes alimentaires, le nutriscore, les kcal
- Evite les repas à l'extérieur
- Repas à rallonge
- Petites bouchées
- Joue avec la nourriture
- Trie la nourriture
- Saute des repas

Signes comportementaux autres

- Modification de l'hydratation
- Attrait nouveau pour le sport/ Surinvestissement aux entraînements
- Surinvestissement intellectuel
- Pensées obsédantes (cuisine++, courses)
- Altération de la vie sociale (replis sur soi,...)
- TOC
- Dénier des troubles
- Fonctionnement rigide, hypercontrôle

Spécificités cliniques AN précoce

Les principaux signes cliniques d'appel sont

- des **nausées ou douleurs abdominales répétées**
 - sensibilité à la réplétion abdominale
- une **modification des choix alimentaires**, une rigidité autour de l'alimentation avec des rituels
 - Mais moins de comptage calorique
- une **stagnation ou une perte pondérale**, un ralentissement de la croissance staturale
 - souvent plus rapide et sévère que chez les plus âgées
- des **préoccupations corporelles**
- souvent, une **activité physique problématique** car excessive, voire compulsive et /ou un hyperinvestissement scolaire.

Spécificités cliniques AN précoce

- Dismorphophobie moins présente
 - Désir de maîtriser le poids
 - Pas de plaintes sur les formes
 - Certains enfants ne se plaignent pas de préoccupations corporelles à la phase précoce
- **Préoccupations corporelles douloureuses**
 - Digestives souvent
- Moindre verbalisation chez les enfants des cognitions anorexiques
 - Immaturité cognitive et réflexive rend l'accès à ces perceptions plus complexes
- Peu de formes compulsives/purgatives
- **Restriction hydrique, aphasie totale** plus fréquente
 - Recours plus fréquent à une sonde de nutrition entérale
 - Mais pas uniquement: parfois potomanie

Complications AN précoce

- Somatique
 - Le retard de croissance et le retard pubertaire
 - ralentissement sévère ou un arrêt de la croissance staturale associé à un retard pubertaire et à une ostéopénie, voire une ostéoporose, avec défaut d'acquisition de masse osseuse et risque fracturaire augmenté.
 - Impact sur le fonctionnement de l'axe gonadotrope
 - Impact sur la sexualité et la fertilité
- Psychiatrique
 - Troubles anxieux et dépressifs

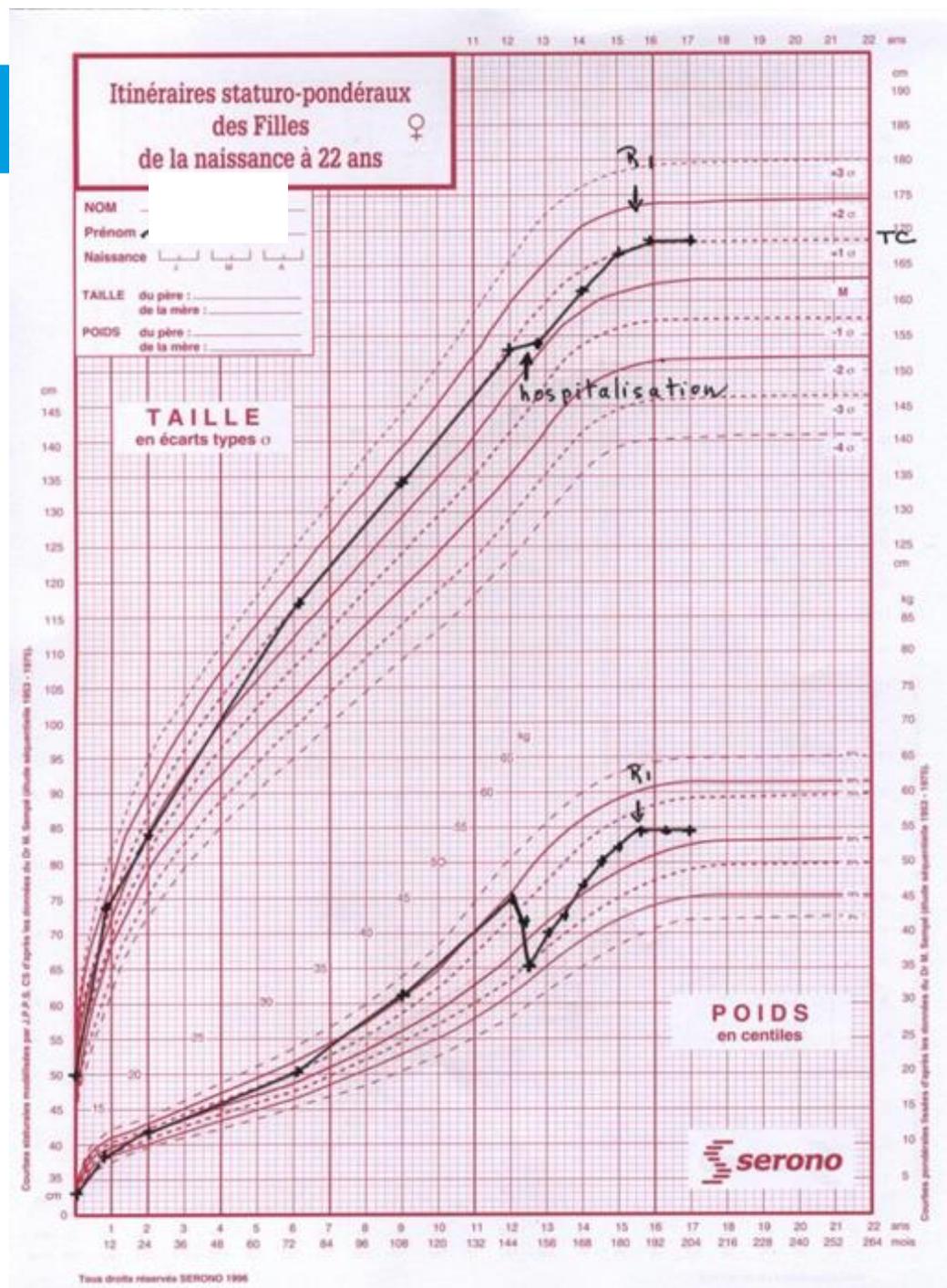
Repérage

- A chaque consultation médicale, le poids et la taille doivent être mesurés, l'IMC calculé.
- A reporter sur les courbes correspondantes afin d'analyser les trajectoires staturo-pondérales et d'IMC.
- Il est essentiel de se préoccuper d'un changement de couloir, vers le bas, lors du suivi de la courbe de corpulence et d'un ralentissement de la croissance staturo-pondérale.

2 formes d'AN précoce

- Forme brutale
 - croissance staturo-pondérale normale jusqu'à l'épisode d'anorexie
 - perte de poids rapide et intense, en quelques semaines
- Forme d'apparition progressive
 - début plus insidieux
 - souvent marquée par un ralentissement voire un arrêt de la croissance
 - qui précède la perte de poids qui n'apparaît elle que dans un second temps

AN précoce



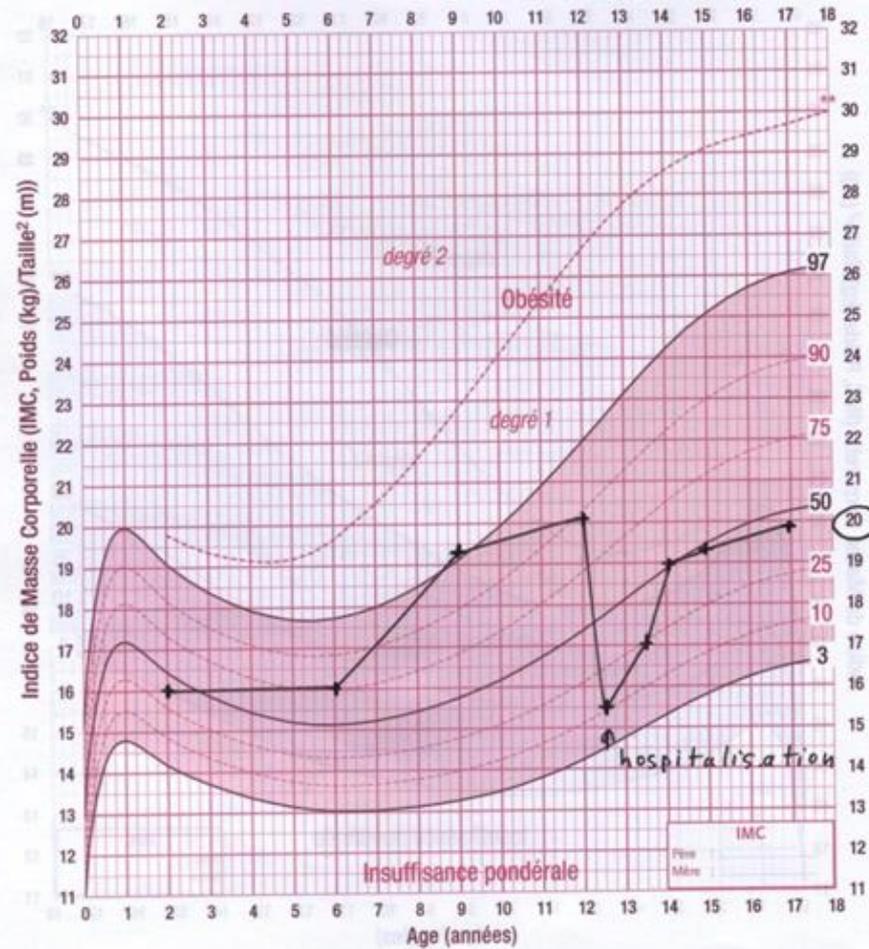
AN précoce

Courbe de Corpulence chez les filles de 0 à 18 ans*

Nom: _____

Prénom: _____

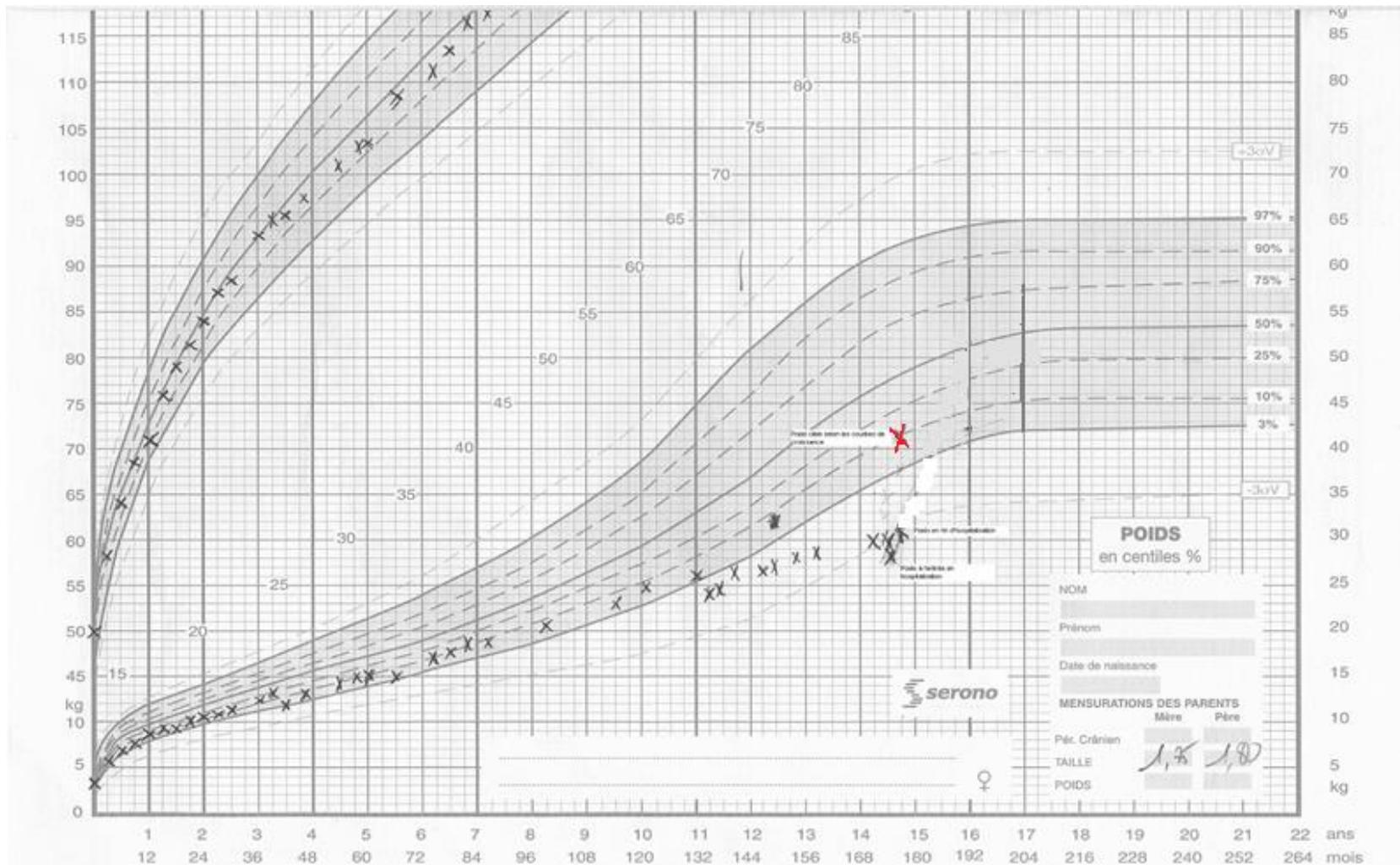
Date de naissance: _____



Courbe graduée en percentiles, établie en collaboration avec MF Rolland-Cachera (INSERM) et l'Association pour la Prévention et la prise en charge de l'Obésité en Pédiatrie (APOP) et validée par le Comité de Nutrition (CN) de la Société Française de Pédiatrie (SFP).

* Données de l'Atlas séropédiatrique française de la croissance du Centre International de l'Enfance (Pr Michel Sempé) - Rolland-Cachera et coll. Eur J Clin Nutr 1991 ; 45 : 13-21
** Seul établi par l'International Obesity Task Force (IOTF) - Cole et coll. BMJ 2000 ; 320 : 1-6

AN précoce



Minéraires statur-poids en fonction de l'âge chronologique : les cheneaux des poids ne sont pas transposables sans précaution vers ceux des tailles et inversement.



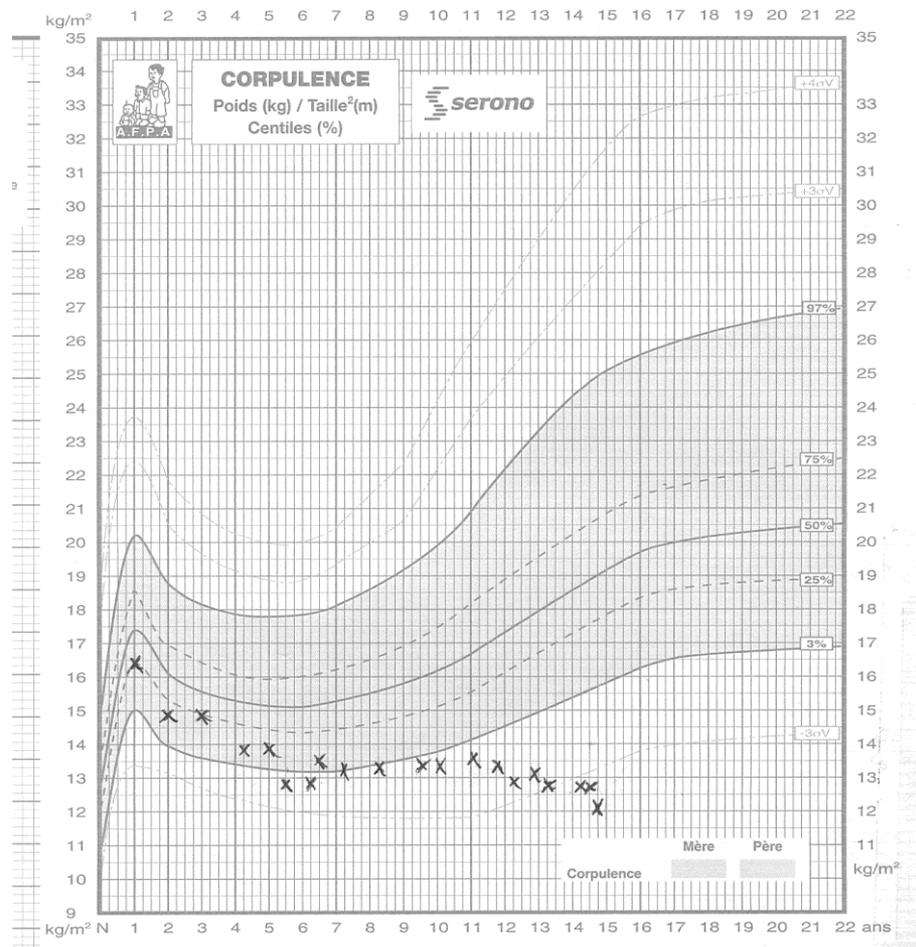
Accroissements et Maturation Squelettiques
 P^y Michel Bermpas - 1953 - Paris - Lyon - 1973.
 Tracés issus du Carnet de Barot et adaptés par l'auteur.

En-deçà de $\pm 3\sigma$, zone d'alerte
 Au-delà de $\pm 3\sigma$, zone d'alarme

Chaque fois que la courbe franchit la verticale des années et des mi-années, il est possible de déterminer, au 1/2 cm ou à 200 g près, la valeur théorique par interpolation de la taille ou du poids à ces âges (voir au verso le calcul de l'accroissement statural).

MED *divers*

AN précoce



Prise en charge AN précoce

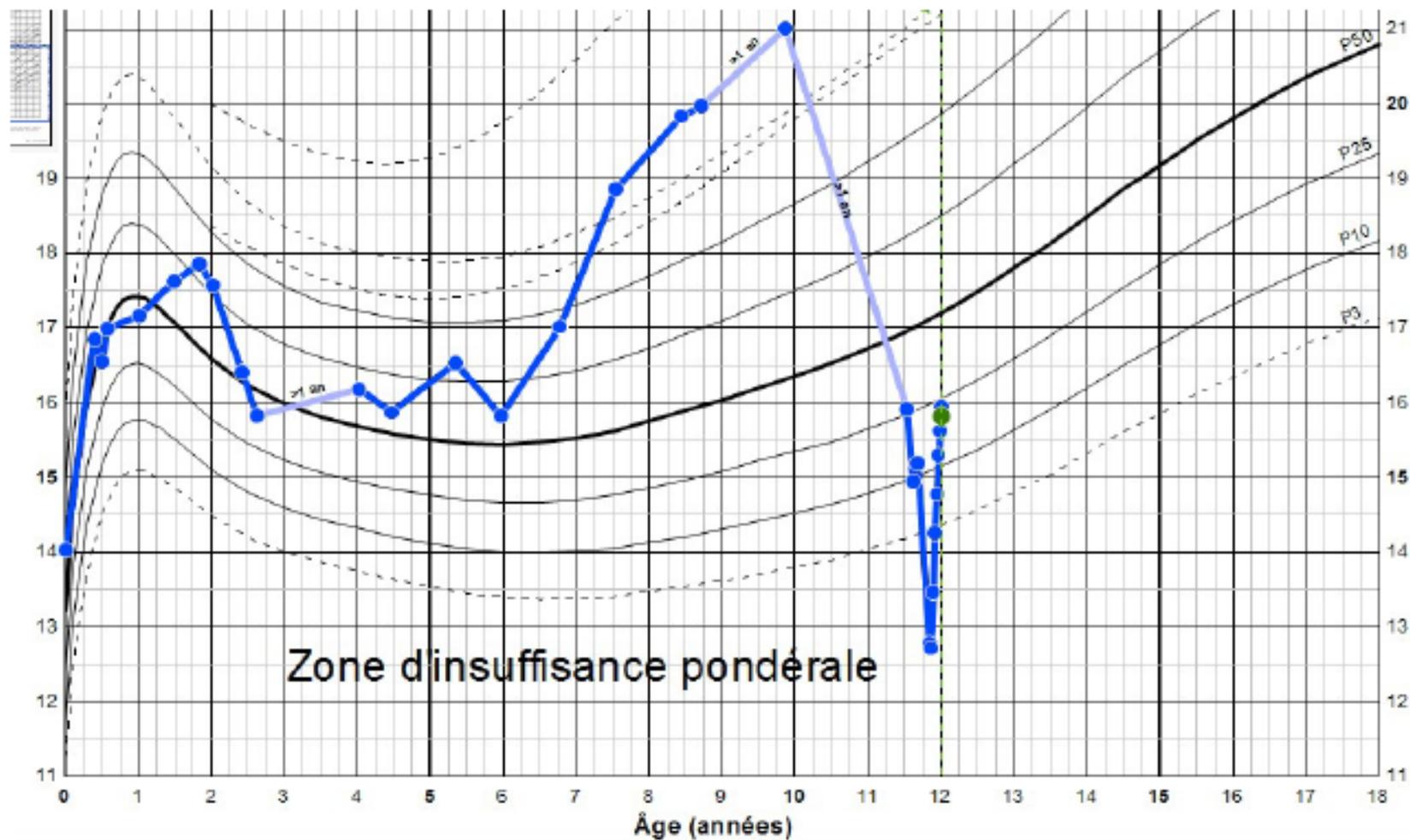
- Coopération pluridisciplinaire, coordonnée de façon explicite par l'un des médecins
 - Médecin traitant, pédiatre, médecin nutritionniste
 - Pédopsychiatre
 - Endocrinologue (au moins pour avis ponctuel)
- En association avec des soins auprès de professionnels spécialisés
 - Psychologue
 - Psychomotricien
 - Diététicien
 - ...
- En veillant à un nombre d'intervenants raisonnables dans la prise en charge de chaque enfant

Prise en charge AN précoce

- Surveillance somatique
 - Croissance staturo-pondérale
 - Avec objectif du **poids minimal de bonne santé PMBS**
 - Travailler avec l'enfant et sa famille
 - Notion évolutive
 - Objectif de reprise pondérale:
 - 250 à 500 g par semaine en ambulatoire
 - 500 g à 1,5 kg en hospitalisation
 - Développement pubertaire
 - Possibilité de discuter un traitement hormonal substitutif au cas par cas

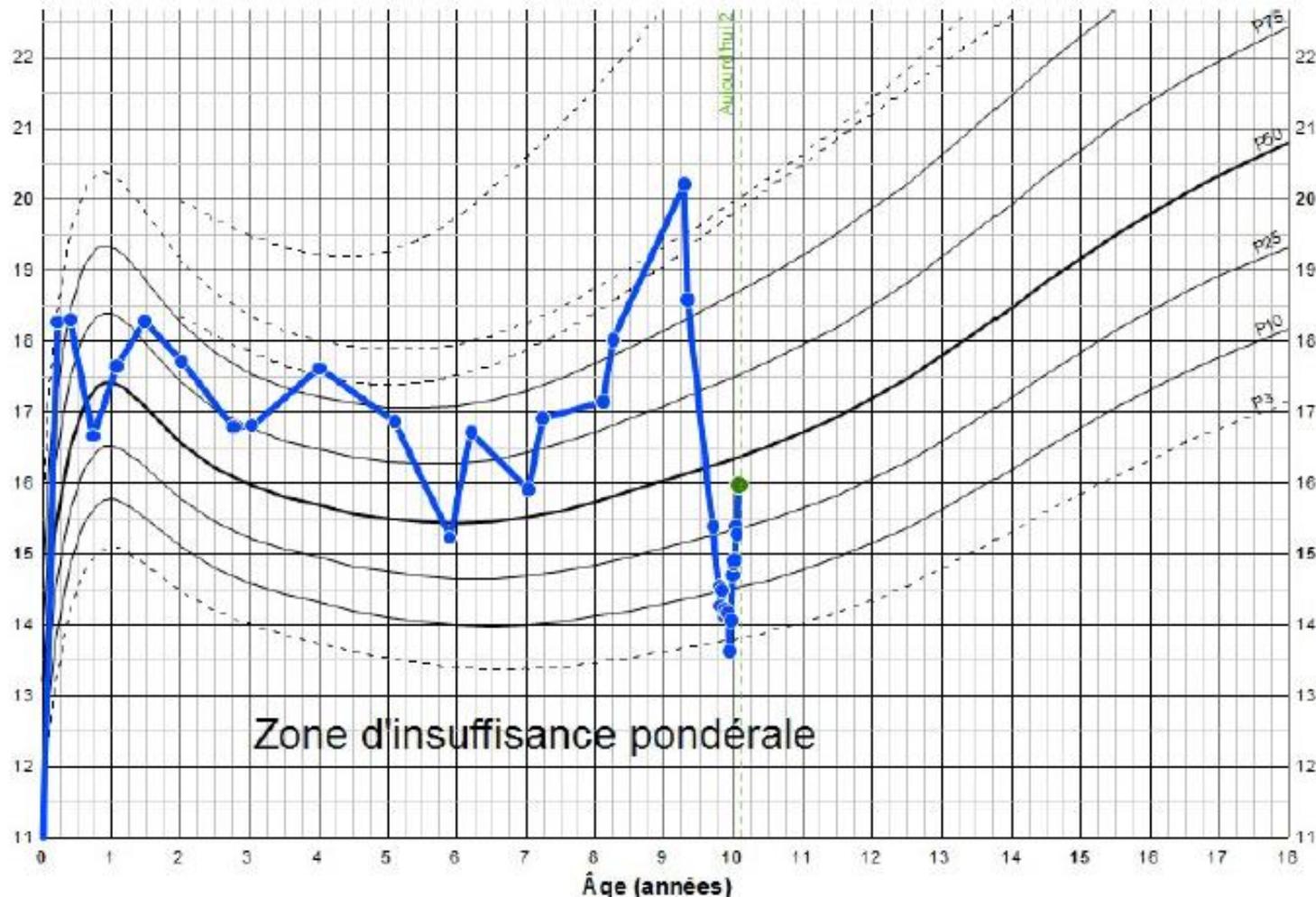
AN précoce- notion du PMBS

Voici la courbe d'IMC d'un jeune patient de 12 ans.

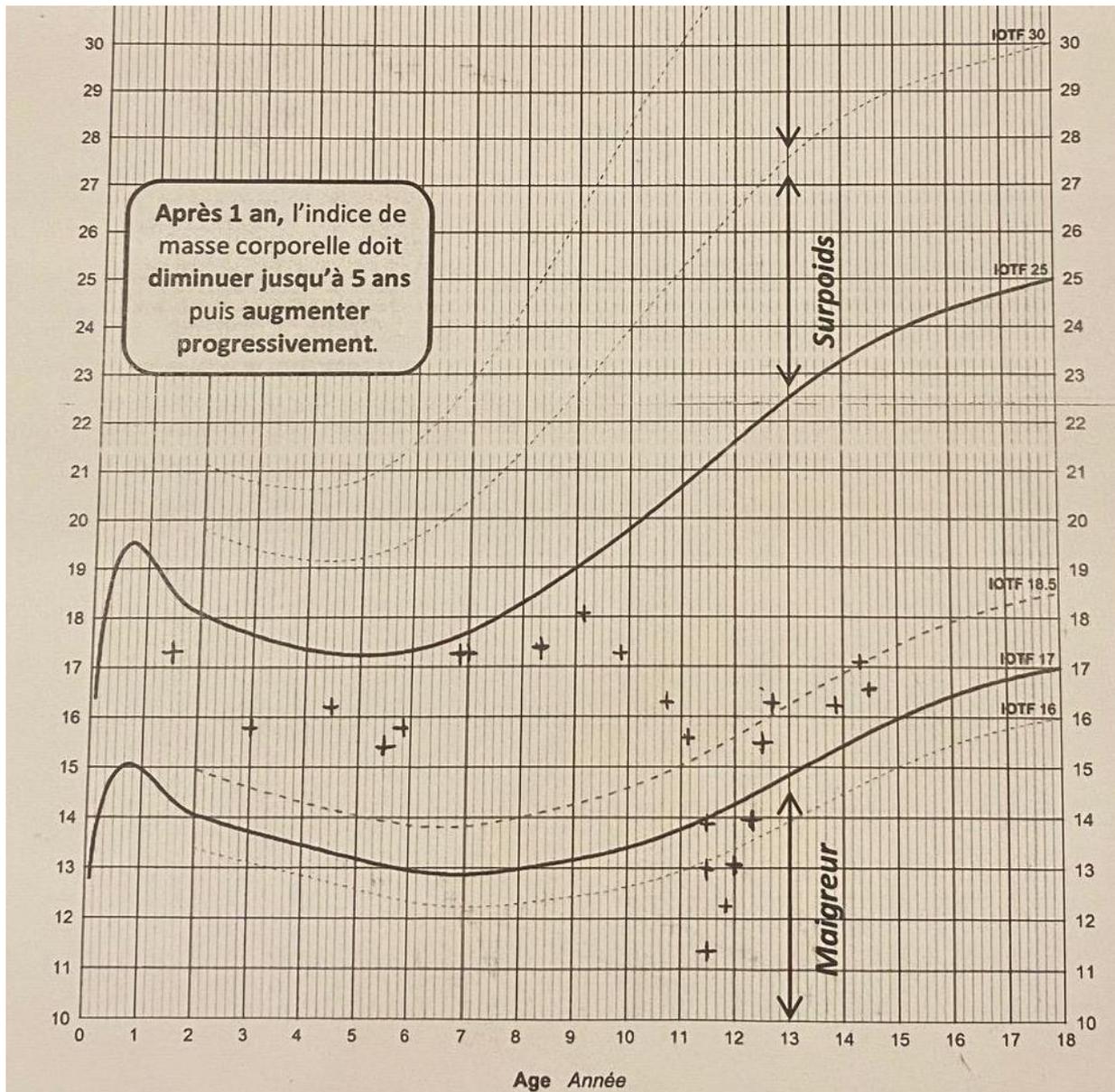


AN précoce- notion du PMBS

- ◆ Dans d'autres cas la trajectoire d'IMC présente de nombreuses oscillations. Il est plus difficile de déterminer le PMBS.
- ◆ Voici la courbe d'un jeune patient de 10 ans.



AN précoce- cas clinique



Prise en charge AN précoce

- Suivi psychothérapeutique individuel
 - Peut être freiné par les difficultés d'insight à un jeune âge, l'absence de reconnaissance des cognitions anorexiques
 - À adapter au niveau de compréhension de l'enfant
- Remédiation cognitive, psychomotricité, APA, art-thérapie...
- Suivi au moins 1 an après la rémission clinique

- Devant la durée et la sévérité de la pathologie, possibilité de faire un dossier de reconnaissance de handicap à la MDPH
 - AEEH
 - AJPP
 - PPS

Prise en charge AN précoce

- Importance d'impliquer la famille tout au long du parcours de soins
 - Les parents sont nos alliés!
 - Précautions vis-à-vis de la séparation familiale: garder la famille au centre du processus thérapeutique
 - Possibilité de proposer des thérapies familiales, ou d'adresser les parents en thérapie individuelle

RESSOURCES

- Avis dans un centre de compétence ou centre de référence maladie rare anorexie mentale précoce
 - Réseau constitué récemment
- Liens utiles pour les parents
 - Site CLEPSY:
 - <https://www.clepsy.fr/ressources-pour-les-parents-ayant-un-enfant-souffrant-d-une-anorexie-mentale-a-debut-precoce/>
 - Psychoéducation, questions réponses très en lien avec le quotidien pour les parents

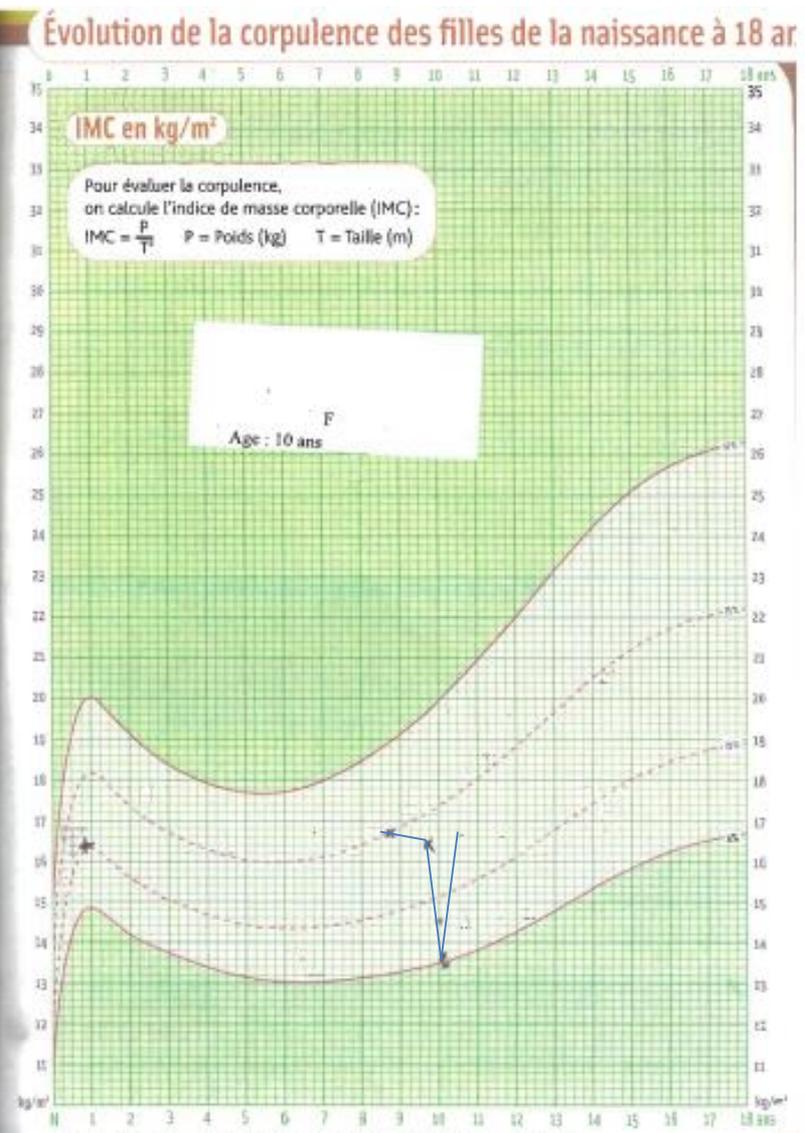
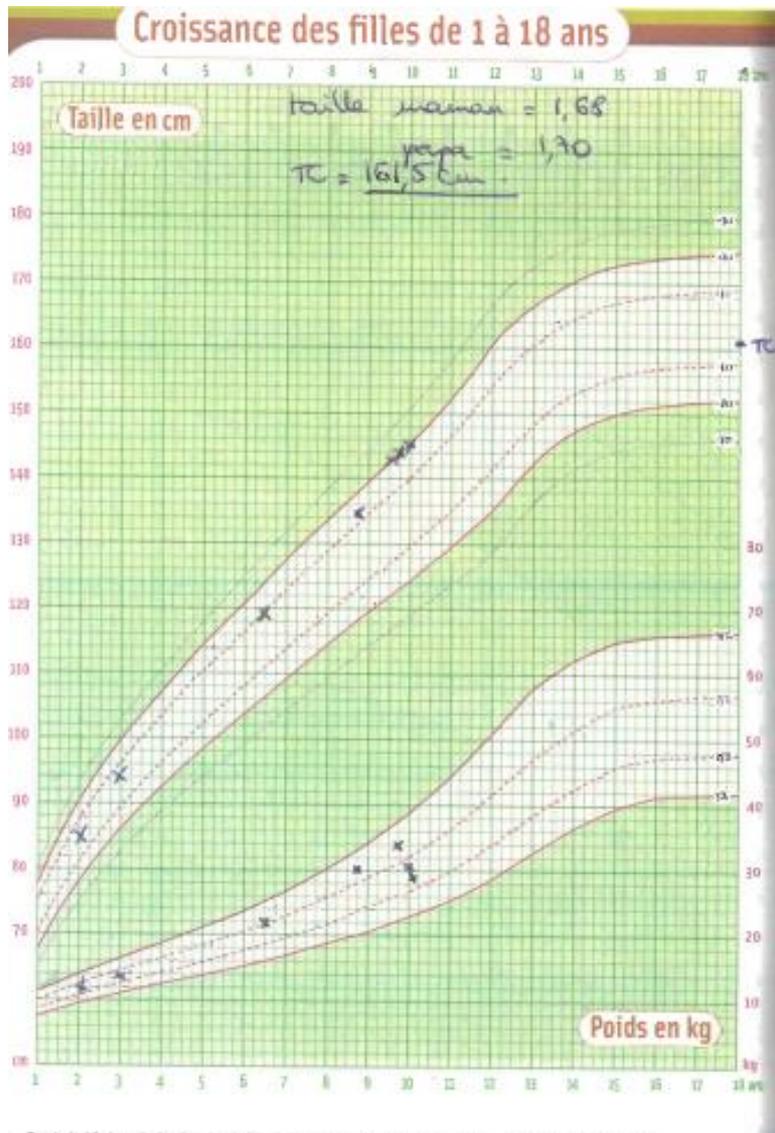
AN précoce- cas clinique

- Jeune fille de 9 ans au début de son anorexie
 - CM1
- Danse classique
- Préoccupations corporelles, avec peur ++ de prendre du poids
- Pas de facteur déclenchant retrouvé
 - Contexte de séparation des parents qq années avant
 - Puberté apparue tôt

AN précoce- cas clinique

- Restriction alimentaire et hyperactivité
 - Envahissement idéique
 - Hyperactivité incontrôlée
 - Impact sur les activités, comparaisons avec ses proches
 - Retentissement thymique: tristesse, irritabilité, IDS
 - TOC de répétition
 - Pour elle et pour les autres
 - Très forte inflexibilité cognitive
 - Défaut d'insight
 - Perte de poids de 34 kg à 27 kg
 - Hospitalisation 6 mois après les premiers symptômes de son anorexie

AN précoce- cas clinique



CONCLUSION

- Pathologies à aborder sous un angle somatique et psychiatrique
- Pathologies sévères
- Pathologies chroniques
 - Importance de maintenir la prise en charge au long cours
 - Au moins un an après rémission des symptômes

Je vous remercie de votre attention