

QUESTIONS FLASH

- VANDENPLAS Y, RUDOLPH CD, DI LORENZO C *et al.* Pediatric gastroesophageal reflux clinical practice guidelines: joint recommendations of the North American Society of Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition and the European Society of Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 2009;49:498-554.
- MOUTERDE O, CHOURAQUI JP, RUEMMELE F *et al.* Cessons de prescrire des inhibiteurs de pompe à protons pour suspicion de reflux gastro-œsophagien, en dehors des indications justifiées ! *Arch Pediatr*, 2014;21:686-689.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Constipation fonctionnelle de l'enfant, quels sont les traitements vraiment efficaces ?

O. MOUTERDE

CHU de ROUEN.

Université de Sherbrooke, SHERBROOKE (Québec), CANADA.

Le traitement des constipations devrait avant tout être préventif. La cause de constipation qui justifierait une prévention est l'éducation au sens large, allant de l'éducation à la propreté, acquise en principe sans contraintes ni insistance en moyenne vers 27 mois, aux grandes étapes de la scolarité : entrée en maternelle, CP et collège. D'autres événements comme un long voyage, un changement temporaire de lieu de vie, une maladie saisonnière, peuvent déclencher une constipation auto-entretenu ensuite parfois des mois ou des années par une attitude de rétention.

Aucun régime ne sera efficace chez un enfant qui se retient à l'école ou parce qu'il a mal vécu l'acquisition de la propreté. Les régimes (fruits,

légumes, céréales riches en fibres, eau, jus de pomme-poire-prune) permettent d'entretenir le résultat obtenu par des laxatifs dans une constipation avérée. Une eau fortement minéralisée (Hépar) est couramment utilisée dans la constipation du nourrisson : elle doit être évitée. Sa composition s'écarte par quatre paramètres de celle d'une eau considérée comme sûre pour les nourrissons, pour une efficacité modeste ou nulle...

Chez le nourrisson toujours, un changement de lait peut être proposé : une préparation contenant des protéines solubles majoritaires, du lactose, du Bétapol peut améliorer le transit (Modilac Expert Transit +) ; la caroube a ce même effet chez l'enfant régurgiteur (Nutribén AR 1, Picot AR 1, Milumel AR 1). L'APLV a été associée par certains auteurs à une constipation sévère. En cas de suspicion (eczéma, antécédents allergiques), un essai d'hydrolysate peut être fait (Nutramigen LGG, Althera). L'interprétation d'une accélération du transit, constante avec les hydrolysats, doit être prudente quant au diagnostic d'APLV.

Lorsqu'un laxatif est nécessaire, le lactulose ou lactitol (Duphalac, Importal) sont utilisables dès la naissance. Cette famille thérapeutique a une action modeste et s'atténuant avec le temps. Elle convient bien chez le jeune nourrisson avant l'âge du macrogol.

Au-delà de 6 mois, le laxatif le plus efficace est le macrogol (Forlax, Macrogol). Bien apprécié au goût, avec des effets secondaires bénins ou rares (douleurs abdominales, allergie), le macrogol est toujours efficace si l'on y met la dose. La dose de départ est de 0,4 g par kg, à augmenter (ou diminuer) par paliers de quelques jours jusqu'à obtenir l'effet souhaité. La durée du traitement est schématiquement la même que la durée du problème. Une constipation sévère ancienne peut justifier des mois de traitement, pour permettre au côlon

de retrouver sa fonction normale et à l'enfant de vaincre ses réticences à la défécation. L'huile de paraffine est déconseillée chez le nourrisson, parfois mal acceptée et mal tolérée chez le plus grand. Son efficacité serait moindre que celle du macrogol.

En cas de fécalomes, la "désimpaction fécale" peut se faire par voie orale avec une forte dose de macrogol (Forlax, Klean-Prep), au prix de quelques jours difficiles où des fuites fécales peuvent apparaître ou s'aggraver, ou par lavements sur 3 ou 4 jours (Normacol) qui évitent ces inconvénients.

Pour en savoir plus

- <http://pap-pediatrie.com/hepatogastro/constipation-s%C3%A9v%C3%A8re-de-l'enfant>
- http://www.naspgan.org/files/documents/pdfs/cme/jpgn/Evaluation_and_Treatment_of_Functional.24.pdf
- VAN WERING HM, TABBERS MM, BENNINGA MA. Are constipation drugs effective and safe to be used in children? *Expert Opin Drug Saf*, 2012;11:71-82.
- MOUTERDE O, DUMANT C. Abécédaire d'hépatologie, gastroentérologie et nutrition pédiatrique. Sauramps, Montpellier 2015. www.livres-medicaux.com

Conflits d'intérêts : au cours des 5 dernières années, le Dr Olivier Mouterde a perçu des honoraires ou financements pour participation à des congrès, actions de formation, participation à des groupes d'experts, de la part des Laboratoires Nestlé, Mead Johnson, Sodilac, Blédina et Thermo Fisher.

Faut-il enrichir l'alimentation d'un petit mangeur ?

B. DUBERN

Service de Nutrition et Gastroentérologie pédiatriques, Hôpital Armand-Trousseau, PARIS.

L'enfant petit mangeur se caractérise par un petit appétit avec des signes d'opposition à l'alimentation. Il n'accepte

QUESTIONS FLASH

généralement que certains aliments très sélectionnés, l'enfant pouvant par exemple continuer à boire ses biberons mais ingérer des quantités très limitées au cours des autres repas. Il s'agit le plus souvent d'un enfant dont l'état nutritionnel est correct, ce qui contraste avec l'inquiétude des parents qui se plaignent que leur enfant "*ne mange presque rien*" et qui "*ne comprennent pas qu'il puisse continuer à grandir et grossir avec le peu qu'il ingurgite*". Si la dédramatisation est le plus souvent de règle, il convient de dépister les signes d'alerte évocateurs d'une pathologie sous-jacente (existante ou débutante).

L'équilibre de la balance énergétique, c'est-à-dire l'équilibre entre les *ingesta* (ou apports énergétiques), d'une part, et les dépenses énergétiques, d'autre part, permet le maintien d'une croissance staturo-pondérale régulière chez l'enfant. Ainsi, le déclenchement de la faim et la taille d'un repas sont fonction de l'énergie nécessaire (croissance, activité physique, état des réserves énergétiques) et du volume calorique ingéré au cours du repas précédent. Chez les enfants petits mangeurs comme chez les maigres constitutionnels, une augmentation des *ingesta* ou de la densité énergétique des repas sera automatiquement compensée par une réduction des *ingesta* aux repas suivants, les systèmes de régulation du poids œuvrant pour conserver le poids initial.

L'anxiété parentale devant l'enfant petit mangeur, même si elle est variable, est une préoccupation légitime. Elle est alors responsable d'un *forcing* alimentaire pour lequel les parents restent persuadés que c'est par ce seul moyen que leur enfant maintient une alimentation minimale. En fait, plus les parents accentuent leur contrainte, plus les prises alimentaires sont médiocres, ce qui entretient le cercle vicieux. La dédramatisation est donc nécessaire en donnant des conseils simples aux parents. Il s'agit principalement de pré-

senter des aliments adaptés et variés en excluant transitoirement les aliments refusés par l'enfant et en lui proposant des quantités inférieures à celles qu'il accepte habituellement. Il est important de ne pas le forcer et de ne pas donner de distraction à l'enfant pendant qu'il se nourrit. Enfin, des conseils éducatifs de bon sens peuvent être nécessaires : donner des limites, respecter les horaires et une hygiène de vie. En revanche, les conseils d'enrichissement (ou augmentation de la densité énergétique des repas) ont un effet contre-productif, et sont le plus souvent compensés par une réduction des *ingesta* avec une absence d'amélioration nette de la croissance staturo-pondérale.

Quel régime diététique et quel traitement médicamenteux chez l'enfant hypercholestérolémique ?

B. DUBERN

Service de Nutrition et Gastroentérologie pédiatriques, Hôpital Armand-Trousseau, PARIS.

L'hypercholestérolémie (HC) est définie chez l'enfant par un cholestérol total > 200 mg/dL et/ou un LDL-cholestérol > 130 mg/dL. Elle peut être secondaire à plusieurs pathologies comme l'hypothyroïdie ou l'obésité, etc. ou à certains médicaments (corticoïdes, trétinoïnes, etc.). Dans ces situations, le risque coronarien étant nul, la prise en charge de l'HC est celle de la pathologie en cause. En dehors de ces situations, les HC sont le plus souvent familiales et d'origine génétique (par altération de la voie du récepteur, ou par défaut du récepteur aux LDL ou de l'ApoB). Dans ce cas, une prise en charge spécifique (mesures diététiques, médicament hypocholes-

térolémiant) est indispensable en raison du risque cardiovasculaire élevé à plus ou moins long terme.

La prise en charge diététique est la première étape indispensable pour une durée d'au moins 6 mois. Elle a trois objectifs :

- limiter les acides gras saturés et les aliments riches en cholestérol (beurre, laitages non écrémés, fromages > 50 % MG, viandes grasses, charcuteries, fritures, œufs, etc.);
- privilégier les acides gras mono- et polyinsaturés (huiles [colza, olive], margarines, poissons);
- prescrire des aliments enrichis en stérols végétaux avec un apport de 1,6 à 2 g/j (margarines (0,8 g/10 g), yaourts (0,8 g/pot de 125 g), yaourts à boire (1,6 g/100 mL).

Cependant, dans les HC sévères, ces mesures sont le plus souvent insuffisantes pour améliorer le LDL-cholestérol, et nécessitent d'avoir recours à des médicaments hypocholestérolémiants, en particulier aux statines utilisables dès l'âge de 8-10 ans.

Ces dernières sont alors indiquées après 6 mois de traitement diététique en cas de LDL cholestérol > 1,90 g/L ou de LDL cholestérol > 1,60 g/L en présence d'autres facteurs de risque : HTA, obésité, tabagisme actif ou passif, diabète, HDL cholestérol < 3^e percentile, Lp(a) > 0,50 g/L.

À ce jour, les statines ont montré leur efficacité en diminuant nettement le LDL-cholestérol mais aussi leur innocuité sur la croissance et le développement pubertaire chez l'enfant. Enfin, les effets secondaires décrits en pédiatrie sont identiques à ceux de l'adulte, et sont à dépister (crampes, douleurs musculaires, surveillance des CPK).

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.