

# Cas clinique Pédiatrique

Morgane Laignel – Diététicienne  
Laure Cosson - Pneumopédiatre  
CHRU Tours – Hôpital Clocheville  
Jeudi 5 octobre 2023 - Terra Botanica

# Cas clinique pédiatrique : Tayna

## \* **Au diagnostic :**

- RCIU (2,520kg 45cm à 39SA)
- signe de dénutrition (plis cutanés, mauvaise prise de poids)
- symptomatologie respiratoire (toux)
- régurgitations
- contexte sociale précaire

## \* **Prise en charge**

- Mise en place d'EP Créon
- Prescription d'Infatrini en remplacement progressif du lait PRE épaissi avec du MagicMix



# Cas clinique pédiatrique : Tayna

- \* **En hospitalisation, quelques jours plus tard :**

- Difficultés alimentaires
- Toux
- Vomissement
- Colonisation à Staph  $10^5$

- \* **Puis de nouveau à 3 mois :** décompensation respiratoire dans le cadre d'une infection à Bocavirus

## Quelle PEC?

- Mise sous ATB
- Enrichissement de l'infatrini avec huile TCM



# Cas clinique pédiatrique : Tayna

- \* **Nouvelle hospitalisation à l'âge de 4 mois ½ :**

- Prise pondérale catastrophique : +5g en 3 semaines
- Vomissements quotidiens
- Diversification alimentaire débutée à 4 mois : quelques cuillères
- Après plusieurs jours d'observance de l'alimentation et l'ajout de maltodextridine dans les biberons, la prise de poids reste non suffisante

- \* **Quelle(s) décision(s)?**

→ Pose d'une SNG à près de 5 mois pour compléter après les biberons pris per os  
Surveillance 1 semaine en HC pour prise de poids

→ Demande d'avis orthophonique et prise en charge CAMSP



# Cas clinique pédiatrique : Tayna

## \* **Hospitalisation à 6 mois**

- Indication à la pose d'une gastrostomie

- Premier avis orthophoniste CAMSP Clocheville

« Tayna présente des refus alimentaires avec perte de poids. Bilan orofacial sans particularité, pas d'hypersensibilité péri ou intrabuccale »

« vécu compliqué en lien avec sa pathologie : hospitalisations, séparations, dystimulations orales et corporelles »

« En conclusion : cette dimension entraine un TCA avec hypervigilance, refus systématique »

Quels conseils de l'orthophoniste?



# Cas clinique pédiatrique : Tayna

- \* Respecter systématiquement ses refus devant l'alimentation
- \* De lui proposer des jouets à mettre dans la bouche
- \* De ne pas lui donner à manger devant la télé allumée
- \* De lui proposer des aliments qu'elle peut prendre à la main, afin que ce soit elle qui décide ou non de porter l'aliment à la bouche
- \* De soutenir l'olfaction en lui faisant sentir des aliments sans lui proposer de les manger
- \* De faire varier les goûts
- \* D'essayer de la mettre en présence d'autres enfants qui mangent.



# Cas clinique pédiatrique : Tayna

- \* **Pose de la gastrostomie à 7 mois**

En amont : pHmétrie normale et TOGD normal pas de reflux

Vomissements pluri-quotidien

- \* **Quels schémas de nutrition proposer?**

Alimentation PO quasi inexistante

- → NE : 300 ml Infatrini 12h→15h + enrichissement 3ml huile et 10g de DM  
450 ml Infatrini 20h→6h + enrichissement 3ml huile et 15g de DM  
= 920kcal/jour

- A 15 mois ½ : Infatrini remplacé par le Nutrini Energy  
240ml à 80ml/h de 12h-15h  
450ml à 45ml/h de 20h-6h  
= 1035kcal/jour



# Cas clinique pédiatrique : Tayna

- \* **Bilan annuel**

- \* Troubles de l'oralité toujours présents

- Ne mange rien per os
- Vomissements fréquents (++) au lever
- Nutrition actuelle : 200ml de Nutrini energy l'après-midi  
600ml de Nutrini energy la nuit

Que pouvez-vous proposer?

Bolus en journée : 4x200 ml Nutrini energy sur 1h (1500kcal)

**2**  
ans



# Cas clinique pédiatrique : Tayna

- \* **Consultation orthophoniste suivi CAMSP Clocheville**

- Trouble de l'oralité alimentaire installé

- Nécessité de proposer un suivi CAMSP de proximité à Chartres

Finalement juin 2018, pas de possibilité de prise en charge orthophonique par le CAMPS car pas d'orthophoniste dans la structure, voir pour libéral.



# Cas clinique pédiatrique : Tayna

- \* **Début de PEC orthophonique en libéral en octobre 2019**

→ Quelques caractéristiques d'un trouble de l'oralité alimentaire (hauts le cœur au brossage de dents, sélectivité alimentaire).

- Mise en place d'un protocole de rééducation orthophonique.
- PEC 1x/semaine le mercredi
- Désensibilisation de de la bouche par des massages spécifiques.
- Travail de guidance parentale dans la modification de l'environnement autour du moment de repas qui se doit d'être convivial et ritualisé.



# Cas clinique pédiatrique : Tayna

## \* **Quelles explorations?**

- pH-métrie
  - TOGD
  - FOGD en 2021 (5ans ½) devant le tableau de vomissements chroniques
  - Œsophagite à éosinophiles traitée par CTC
- 6 mois après, guérie.

Vomissements qui se poursuivent, passage en RCP :  
pH impédencemétrie à Nantes. Résultat : reflux pathologique.  
→ Traitement chirurgicale par Nissen proposé.



# Cas clinique pédiatrique : Tayna

\* **Depuis avril 2022 :**

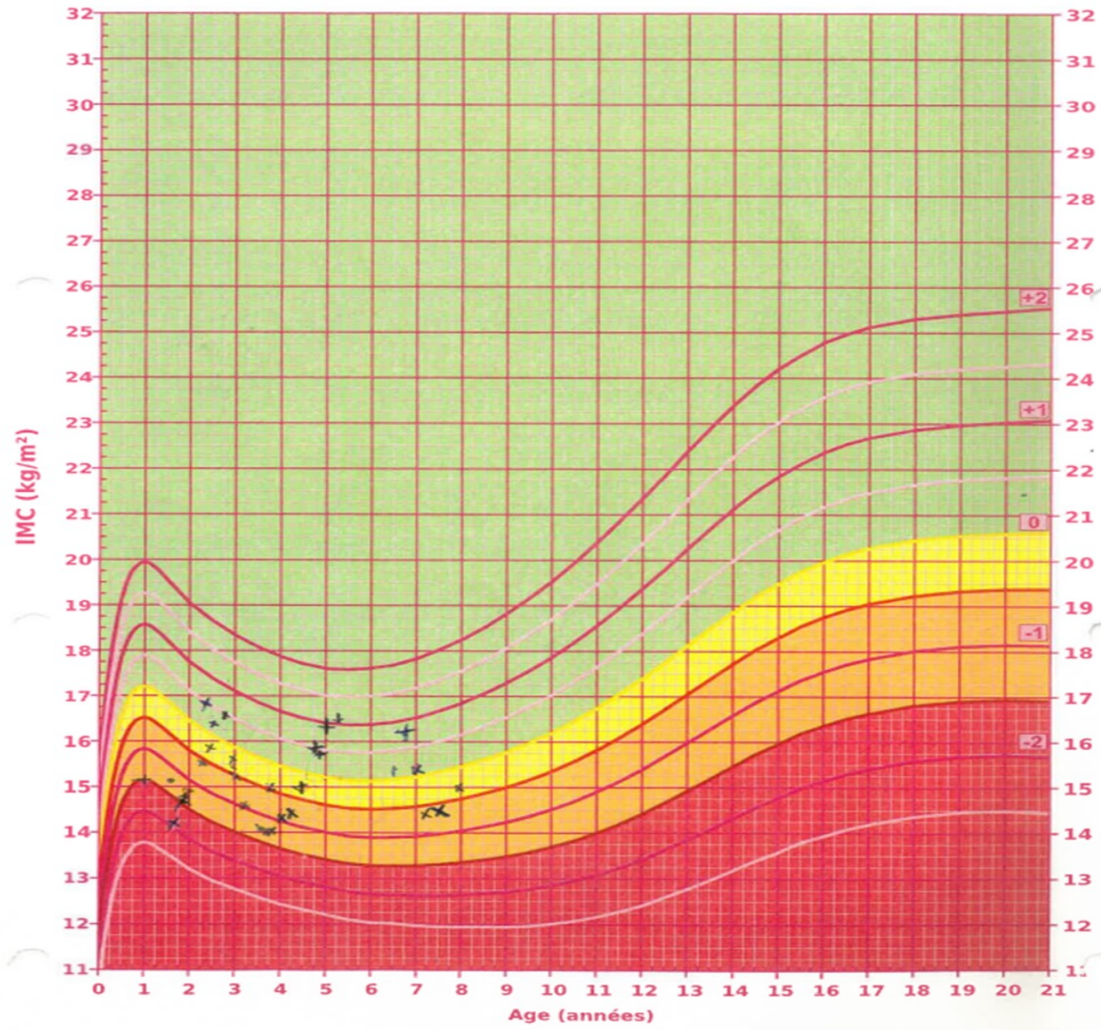
- Arrêt des vomissements
- Moins d'encombrements
- Moins d'hospitalisations pour cure
- Amélioration de l'état nutritionnel
- Amélioration de l'oralité

Quel changement dans la prise en charge ?

- Initiation au KAFTRIO

Qu'auriez-vous proposé dans la PEC nutritionnelle?

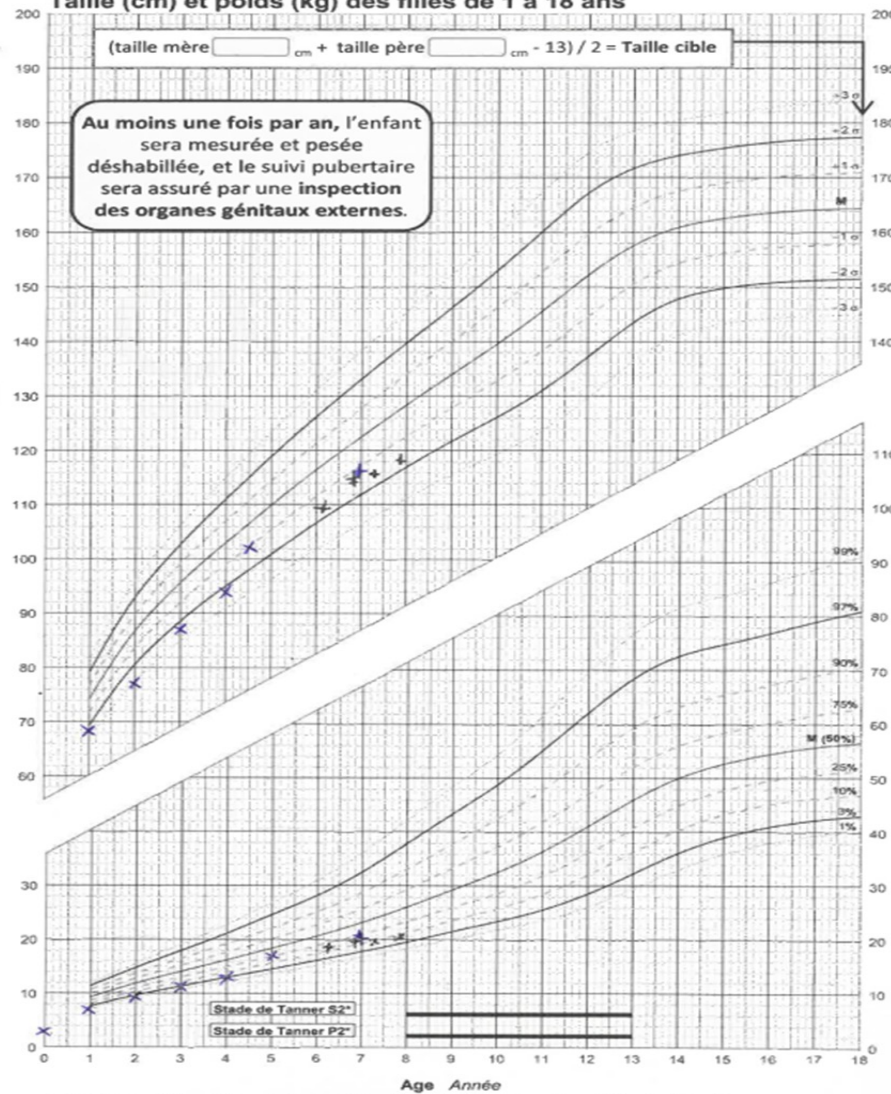
## Courbe de corpulence Filles



### Taille (cm) et poids (kg) des filles de 1 à 18 ans

$$\text{(taille mère } \square \text{ cm + taille père } \square \text{ cm - 13)} / 2 = \text{Taille cible}$$

Au moins une fois par an, l'enfant sera mesurée et pesée déshabillée, et le suivi pubertaire sera assuré par une inspection des organes génitaux externes.



L'interprétation des mesures est basée sur une analyse conjointe de la taille, du poids et de l'indice de masse corporelle, et tient compte des tailles des parents, des mesures antérieures et du stade pubertaire.

Reporter ici la taille cible

σ : écart-type ; M : médiane ; S2 : apparition des seins ; P2 : apparition de la pilosité pubienne  
 \* Les stades S2 et P2 apparaissent physiologiquement entre 8 et 13 ans.  
 \*\* 80% des enfants en bonne santé auront une taille finale comprise entre la taille cible - 6 cm et + 6 cm.

# Cas clinique pédiatrique : Tayna

- \* Pourquoi observe-t-on cette cassure de courbe?
- Diminution de la NE nocturne afin d'essayer d'optimiser les apports per os

Conséquences : peu d'amélioration concernant les quantités consommées, stagnation voire perte de poids de Tayna.

Reprise du volume d'alimentation initial.



# Cas clinique pédiatrique : Tanya

## \* **Au bilan annuel 7 ans ½ :**

### *Schéma nutritionnel*

- 600ml de nutrini energy en nocturne
- 2 fresubin 2kcal en bolus au déjeuner et au goûter
- = 1650kcal et 60g de protéines/jour soit **3g de protéines/kg/j**

### *Actuellement, répartition de l'alimentation*

- En NE
- Diurne : 2 fresubin energy drink 600kcal et 22,4g de protéines
- Nocturne : 800ml de nutrini energy/jour (1200kcal et 32g de protéines/jour)
- APO : 200kcal/jour



MERCI POUR VOTRE ATTENTION