

L'enfant maigrichon et difficile bras de fer autour des repas !

Julie Bailon-Poujol et Élisabeth Rousseau

Annie, 2 ans et demi, fréquente un centre de la petite enfance depuis l'âge de 1 an. Jusqu'à présent, elle a fait une bronchiolite et deux otites. Depuis un an, elle n'a pas d'appétit. Ses parents doivent se battre avec elle à tous les repas pour lui faire manger des légumes, de la viande et même des fruits. Elle préfère nettement les jus de fruits et ses deux biberons de lait du matin et du soir. Très intelligente pour son âge, elle sait comment faire céder ses parents. Ces derniers s'inquiètent de sa santé, d'autant plus qu'elle est maigrichonne (figure). Elle est toutefois toujours bien active. Que faire ?

L'ÂGE PRÉSCOLAIRE vient avec de nouveaux défis. En effet, l'enfant acquiert une autonomie à la table, son appétit diminue et varie d'un repas à l'autre et son corps perd progressivement sa « graisse de bébé ». Il y a de quoi inquiéter les parents. Selon des données récentes, 25 % des enfants présentent des difficultés d'alimentation¹ et 4,1 % de ceux de 2 à 6 ans souffrent d'un retard pondéral², les deux problèmes pouvant coexister chez un même enfant. Comme nous le verrons, le médecin doit porter une attention particulière à l'anémie ferriprive, une conséquence clinique fréquente du retard pondéral et des difficultés d'alimentation chez l'enfant.

À la recherche d'indices cliniques

Il n'existe pas de consensus sur la définition d'un retard de croissance ou d'un retard pondéral. Généralement, une stagnation ou un ralentissement de la courbe de poids en comparaison des normes reconnues pour l'âge constitue un retard pondéral. Il ne faut pas oublier que l'enfant est en pleine croissance. Il faut donc tenir compte de l'évolution dans le temps plutôt que d'une donnée ponctuelle. Dans la pratique, on distingue les chutes pondérales abruptes (« cassure

de la courbe de poids »), qui orientent vers une maladie organique, d'un ralentissement de la croissance (toujours de la courbe de poids en premier lieu), faisant pencher davantage pour un apport nutritionnel inadéquat. Une insuffisance pondérale chez l'enfant de 2 à 19 ans est définie comme un poids se situant sous le troisième centile (qui correspond à un écart-type de -2) tandis qu'une insuffisance pondérale grave se trouve sous le 0,1^{er} centile (écart-type de -3). Il faut être conscient que les centiles illustrés sont différents sur les nouvelles courbes de croissance de l'OMS. Ainsi, les courbes de croissance du Centers for Disease Control indiquent les 90^e, 75^e, 50^e, 25^e, 10^e et 5^e centiles tandis que les courbes de l'OMS montrent plutôt les 99,9^e; 97^e; 85^e; 50^e; 15^e; 3^e et 0,1^{er} centiles) (voir l'article des D^{rs} Raymond et Brunet intitulé : « À la mesure des petits : un défi de taille », dans ce numéro). Il ne faut donc pas attendre que la courbe de croissance de l'enfant traverse deux courbes de centile pour s'inquiéter. Le médecin interprète aussi les courbes de croissance en fonction du potentiel génétique de la famille (voir l'article de la D^{re} Alos sur le calcul de la taille cible dans l'article intitulé : « Petit un jour, petit toujours ? », dans ce numéro) et de l'origine ethnique du patient.

L'anamnèse et l'examen physique constituent les meilleurs outils pour aborder un retard pondéral. Pendant l'interrogatoire clinique, le médecin tente d'éliminer des causes spécifiques de retard pondéral (*tableau I*)³. Parmi les antécédents personnels de l'enfant, on notera les antécédents périnataux (prématurité, pe-

La D^{re} Julie Bailon-Poujol, pédiatre, exerce notamment au Centre hospitalier Sainte-Justine, à Montréal. La D^{re} Élisabeth Rousseau est pédiatre et fondatrice de la Clinique de nutrition du même hôpital. Elle est également professeure émérite à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal.

Tableau I

Causes spécifiques de retard pondéral chez les enfants d'âge préscolaire³

- Fibrose kystique
- Hypertrophie des amygdales et des adénoïdes
- Infections récurrentes
- Intolérances ou allergies alimentaires
- Maladie cœliaque
- Négligence
- Parasitose intestinale
- Retard psychomoteur, dont paralysie cérébrale
- Trouble du comportement, trouble envahissant du développement

tit poids à la naissance), l'évolution pondérale durant la première année de vie, les maladies antérieures, les médicaments reçus et les allergies. Une bonne revue des appareils et des systèmes permet de rechercher entre autres des signes de troubles gastro-intestinaux et respiratoires (dont le ronflement nocturne évocateur d'une obstruction respiratoire haute) ou encore de retard psychomoteur pouvant nuire à l'alimentation.

Le relevé alimentaire est sans conteste le meilleur indice de risque nutritionnel. Il repose idéalement sur un journal alimentaire de 72 heures, mais des questions sur l'alimentation de la journée précédente peuvent tout de même donner une bonne idée au médecin. Il existe un risque nutritionnel si l'enfant :

- consomme plus de 16 à 20 onces (environ 600 ml) de lait ou de jus par jour ;
- a plus de 2 ans et boit encore au biberon ;
- consomme moins de cinq portions par semaine de chacun des groupes alimentaires suivants : viandes, légumes, fruits et céréales⁴ ;

D'un point de vue physiologique, l'appétit de l'enfant d'âge préscolaire sera beaucoup plus variable que celui du nourrisson. Cette réalité s'accompagne d'une

Tableau II

Indices de trouble alimentaire d'allure comportementale^{1,5}

Événements déclenchants repérables

- Étouffement important
- Reflux gastro-œsophagien en bas âge maintenant résolu
- Perturbation du milieu familial
 - Naissance d'un autre enfant dans la famille
 - Séparation des parents

Pratiques alimentaires particulières

- Alimentation pendant que l'enfant est partiellement endormi
- Alimentation forcée
- Distraction nécessaire durant le repas (jeu, télévision)
- Alimentation à des heures prédéterminées sans tenir compte des signaux de faim de l'enfant
- Intolérance aux dégâts et aux taches
- Repas prolongés (plus de 30 minutes)

Comportements de l'enfant

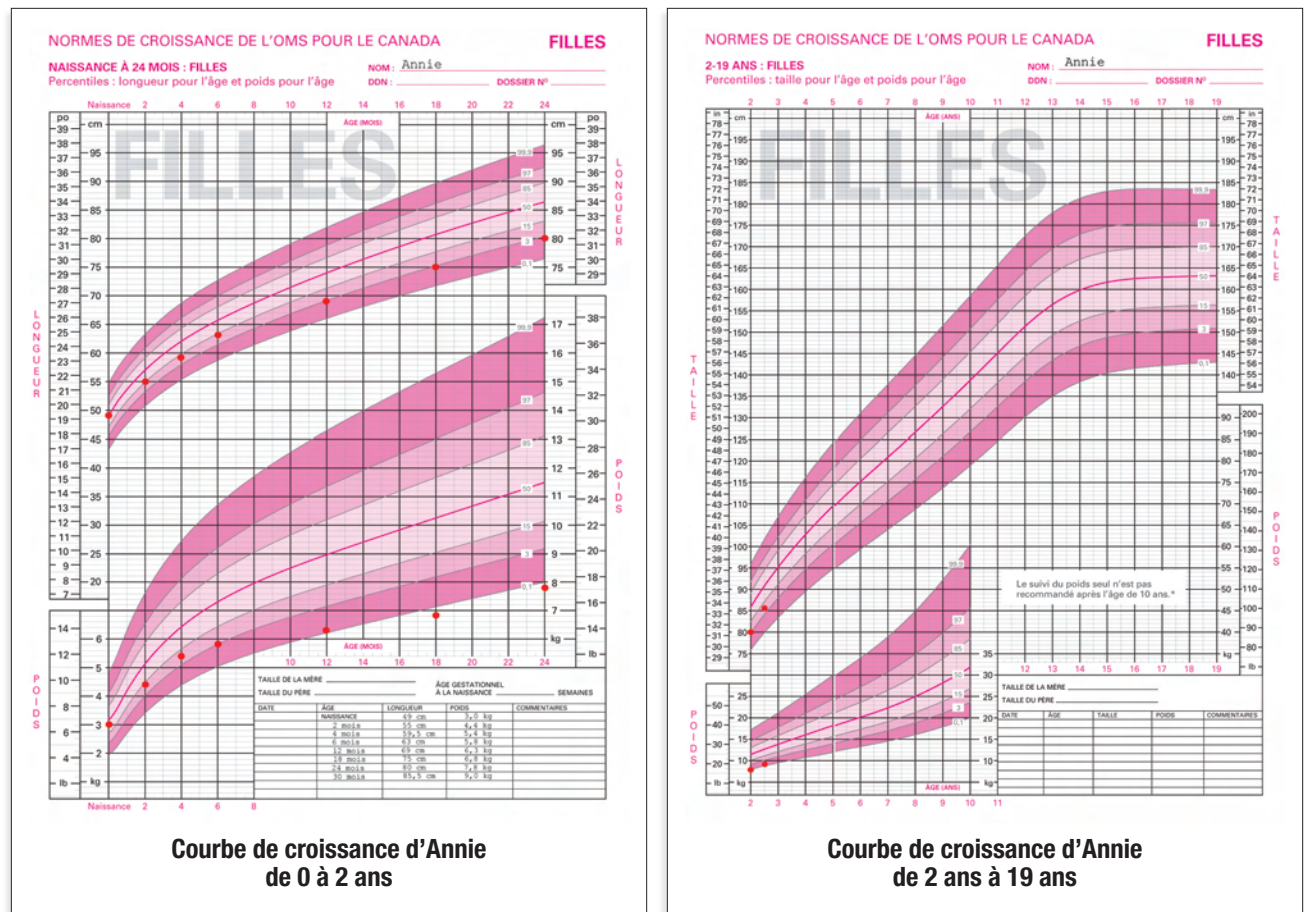
- Refus de certains aliments spécifiques
- Enfant qui détourne la tête
- Fixation alimentaire
- Enfant qui garde les aliments dans sa bouche
- Haut-le-cœur anticipatoire

croissance moins rapide à partir de la deuxième année. Les besoins caloriques sont donc moindres que pendant les douze premiers mois, période où l'enfant acceptait tout et ouvrait la bouche avec bonheur à toute sollicitation gustative. Les années préscolaires sont aussi celles où l'enfant paraîtra le plus mince depuis sa naissance. Par conséquent, les parents doivent s'habituer à cette nouvelle silhouette.

Vers 2 ans, le repas devient un événement social en soi et une responsabilité partagée entre le parent et l'enfant. Le médecin doit donc s'intéresser au déroulement complet du repas, car certains indices peuvent l'aider à repérer une cause davantage comportementale qu'organique (*tableau II*)^{1,5}. L'impression

Figure

Courbes de croissance d'Annie



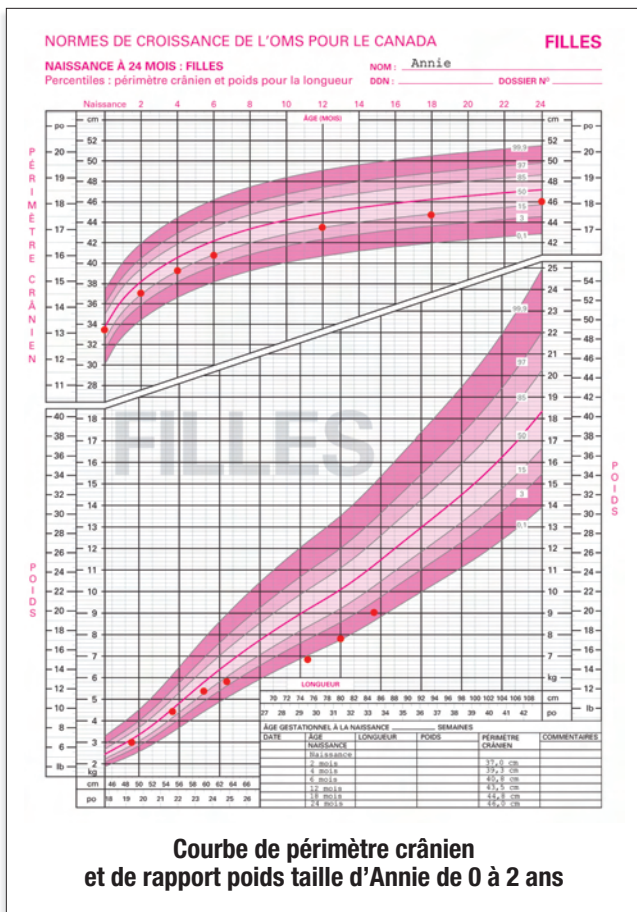
Source : Normes de croissance de l'enfant (2006) et normes de référence (2007) de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) adaptées au Canada par Les Diététistes du Canada, la Société canadienne de pédiatrie, le Collège des médecins de famille du Canada et les Infirmières et infirmiers en santé communautaire du Canada. Site Internet : www.dietitians.ca/secondary-pages/public/who-growth-charts.aspx (Date de consultation : le 21 avril 2011). Reproduction autorisée.

subjective des parents d'avoir un enfant maigrichon ou qui s'alimente mal est un facteur déclenchant important de certaines pratiques alimentaires, dont le non-respect des signes de satiété du petit et l'alimentation forcée. De telles méthodes entraînent à leur tour un refus de manger chez l'enfant et entretiennent la boucle de rétroaction négative⁶.

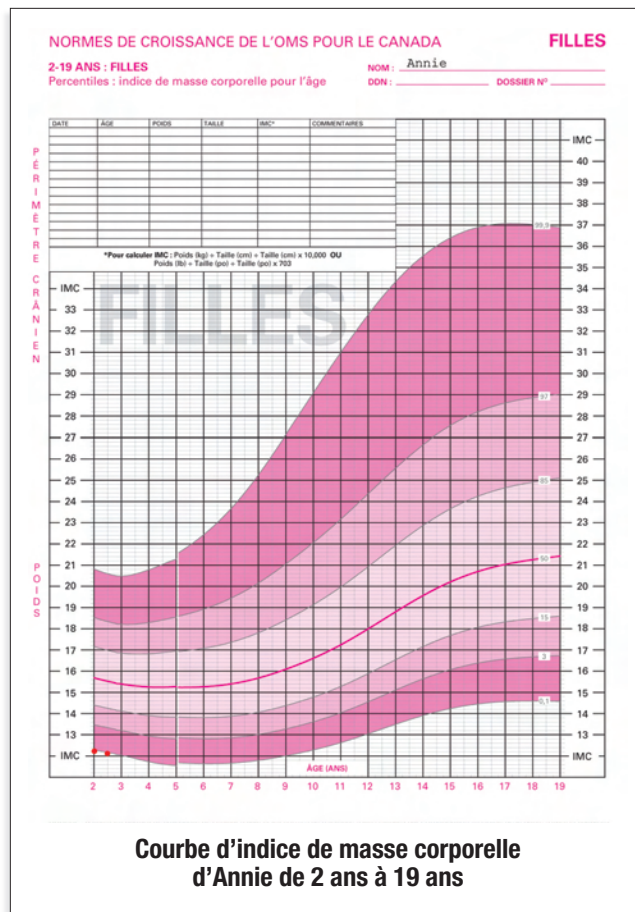
Les enfants de cette tranche d'âge présentent aussi

souvent des comportements alimentaires qui peuvent inquiéter les parents, mais qui ne sont pas toujours liés à un retard pondéral. En effet, l'enfant possède instinctivement la capacité de réguler la quantité totale de calories qu'il ingère chaque semaine malgré une variation de son appétit d'un repas à un autre. La fixation est un comportement fréquent, l'enfant n'acceptant de manger qu'une catégorie d'aliments

Il existe un risque nutritionnel si l'enfant consomme plus de 16 à 20 onces (environ 600 ml) de lait ou de jus par jour, surtout s'il a plus de 2 ans et qu'il boit encore un biberon, et moins de cinq portions par semaine de chacun des groupes alimentaires suivants : viandes, légumes, fruits et céréales.



Courbe de périmètre crânien et de rapport poids taille d'Annie de 0 à 2 ans



Courbe d'indice de masse corporelle d'Annie de 2 ans à 19 ans

en particulier (les pâtes alimentaires, par exemple). Il peut du même coup rejeter de manière spécifique certains aliments ou toute une famille d'aliments qui ont une caractéristique commune (couleur, texture, odeur, apparence). Les parents disent souvent que leur enfant est difficile ou mauvais mangeur (picky eater). Les études qui se sont intéressées au comportement alimentaire des jeunes ont montré que les préférences s'installent dès 18 mois et continuent à évoluer au-delà de l'âge de 6 à 8 ans. Il est donc nécessaire d'offrir tôt (avant 2 ans) et souvent (en moyenne une dizaine de fois) une variété d'aliments de goûts différents afin de les faire accepter et de franchir la néophobie naturelle des enfants⁷.

Tout en tentant de définir le contexte socioéconomique de la famille, le médecin doit se faire une idée du climat qui règne autour de la table à manger. Le manque d'encadrement pendant le repas (télévision allumée, enfant qui se lève de table, environnement chaotique) peut miner sérieusement l'alimentation d'un petit. Une mère monoparentale démunie pourra avoir de la difficulté à gérer le comportement de ses enfants à table. Il faut aussi se rappeler que la malnutrition et le retard pondéral peuvent être des symptômes de négligence ou de maltraitance.

Une fois les courbes de croissance dûment remplies, l'examen physique poursuit plusieurs buts différents (tableau III)⁸. Il s'agit de trouver des indices

Tableau III**Indices cliniques d'une maladie chez les enfants de 2 à 5 ans ayant un retard staturopondéral⁸**

	Anomalie	Causes possibles
Signes vitaux	Hypertension	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Maladie rénale ⊕ Cardiopathie (coarctation de l'aorte)
	Tachypnée, tachycardie	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Augmentation des besoins métaboliques (respiratoires, cardiaques, etc.)
Peau	Pâleur	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Anémie
	Mauvaise hygiène	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Négligence
	Ecchymoses douteuses	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Abus physiques
	Eczéma grave	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Allergies alimentaires
Tête et cou	Phénotype particulier	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Anomalie génétique
	Otitis chroniques	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Infections à répétition (correspondant souvent à l'entrée à la garderie)
	Respiration buccale	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Augmentation du volume des amygdales et adénoïdes (causant parfois des apnées obstructives)
	Hypotonie buccofaciale Hypersialorrhée	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Dysphagie
Thorax	Respiration sifflante, tirage, augmentation du diamètre antéropostérieur	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Asthme ⊕ Fibrose kystique
	Souffle cardiaque	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Cardiopathie congénitale
	Diminution des pouls fémoraux	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Coarctation de l'aorte
Abdomen	Distension	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Malabsorption (surtout maladie coéliquae)
	Hépatosplénomégalie	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Maladie hépatique
	Masse abdominale	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Maladie métabolique ⊕ Cancer
Sphère génito-urinaire	Anomalies des organes génitaux externes	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Anomalie de l'appareil urinaire associée
Rectum	Marisque anale	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Maladie intestinale inflammatoire
	Prolapsus rectal	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Fibrose kystique
Extrémités	Œdème	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Hypoalbuminémie (dont entéropathie exsudative)
	Fonte de la masse musculaire	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Malnutrition chronique
	Hippocratisme digital (<i>clubbing</i>)	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Maladie pulmonaire chronique (dont fibrose kystique)
Système nerveux central	Spasticité des membres	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Infirmité motrice d'origine cérébrale (ou paralysie cérébrale)
	Retard de développement	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Manque de stimulation et carence en fer

de maladies organiques. L'examen sert aussi à détecter la gravité de la malnutrition (ex. : pâleur, chéilite, glossite, ecchymoses faciles). Une évaluation du développement de l'enfant est importante, car elle permet de dépister un retard psychomoteur qui peut constituer une cause, voire une conséquence du retard pondéral.

Doit-on jouer les vampires ?

Après une anamnèse médicale, un relevé alimentaire minutieux et un bon examen physique, vous aurez probablement déjà une bonne idée du problème. Il est important de se rappeler que plus de 80 % des enfants n'auront pas de problème de santé impor-

Tableau IV**Épreuves de laboratoires en cas de retard pondéral⁸****Épreuves indiquées lorsqu'un risque nutritionnel est repéré**

- ☉ Formule sanguine avec frottis
- ☉ Bilan martial (fer sérique, capacité de fixation de la transferrine et ferritine)

Autres épreuves (à demander au besoin SEULEMENT)

- ☉ Protéine C réactive, vitesse de sédimentation
- ☉ Glucose, urée, créatinine, électrolytes, protéines, albumine
- ☉ Enzymes hépatiques
- ☉ Analyse, culture d'urine
- ☉ Recherche de parasites dans les selles
- ☉ Dépistage de la maladie cœliaque : dosage des IgA totaux et des anticorps antitransglutaminase
- ☉ Test à la sueur (1 personne sur 20 est porteuse du gène de la fibrose kystique au Québec)

tant sous-jacent et que moins de 5 % des enfants présentant un retard pondéral seront atteints d'une maladie organique⁹. Ainsi, les examens paracliniques sont complémentaires, mais ne sont pas obligatoires dans tous les cas.

Si vous avez repéré un risque nutritionnel à l'anamnèse, vous devez chercher une carence en fer (*tableau IV*)⁸. Il faut y penser tôt afin d'éviter les complications diverses de l'anémie ferriprive, dont l'irritabilité, l'anorexie, les difficultés de concentration et même une atteinte parfois permanente du potentiel intellectuel¹⁰. À Montréal, en 1989, jusqu'à 25 % des jeunes enfants de milieu défavorisé présentaient une anémie ferriprive¹¹ (*encadré*)⁸.

Si l'impression initiale, les antécédents cliniques ou l'examen physique semblent évoquer des problèmes plus particuliers, il faudra faire en plus une évaluation des fonctions rénale, hépatique, pancréatique, digestive, cardiaque, métabolique et infectieuse (*tableau IV*)⁸.

Encadré**L'anémie ferriprive⁸**

L'anémie ferriprive est caractérisée par une concentration d'hémoglobine inférieure à 110 g/l, un taux de ferritine de moins de 10 µg/l et un volume globulaire moyen en deçà de 70 fl. Par contre, un état ferriprive (concentration réduite de fer sérique, capacité de fixation de la transferrine augmentée et taux de ferritine abaissé) peut être présent malgré une concentration normale d'hémoglobine. Cet état précède l'apparition de l'anémie, les réserves en fer étant les premières touchées lorsque l'apport est insuffisant. Il est à noter que la ferritine peut être faussement normale en présence d'une infection concomitante.

Quelles sont les pistes de solution concrètes ?

L'intervention du médecin vise à améliorer les apports de l'enfant quand des distorsions sont notées à l'anamnèse alimentaire. On appliquera alors les recommandations du *Guide alimentaire canadien (tableau V)*¹².

Dès la première visite, le médecin doit donner aux parents les conseils de base suivants :

- ☉ supprimer toute consommation excessive de jus, de lait et d'autres liquides (punch, sodas, etc.) qui causerait une satiété rapide et un manque d'appétit pour des aliments plus valables sur le plan nutritionnel ;
- ☉ planifier trois repas principaux par jour (espacés d'au moins 4 heures), entrecoupés de deux à trois minicollations ;
- ☉ mentionner aux parents que c'est eux qui décident de l'endroit (où), du moment du repas (quand) et des aliments proposés (quoi). C'est toutefois l'enfant qui choisit la quantité qu'il mangera (combien). Il s'agit du concept de « responsabilités partagées, enfant-parents » élaboré par Ellyn Satter, une psychologue américaine (*tableau VI*)¹³.

Si les parents sont réceptifs, vous pouvez ajouter les conseils suivants lors d'une visite subséquente :

- ☉ prendre les repas en famille ;
- ☉ manger ou boire seulement lorsqu'on est assis à table ;
- ☉ offrir de l'eau à table et lorsque l'enfant a soif ;

Si vous avez repéré un risque nutritionnel à l'anamnèse, vous devez chercher une carence en fer. Il faut y penser tôt afin d'éviter les complications diverses de l'anémie ferriprive.

Repère

Tableau V**Nombre de portions quotidiennes suggérées par le Guide alimentaire canadien (garçon et fille)¹²**

	Âge (ans)	
	2-3	4-8
Légumes et fruits	4	5
Produits céréaliers (pain, pâtes, riz, gruau, etc.)	3	4
Laits et substituts (yogourt, fromage, etc.)	2	2
Viande et substituts (volaille, poisson, œufs, charcuterie, légumineuses, etc.)	1	1

Source : Santé Canada. *Guide alimentaire canadien pour manger sainement*. Ottawa : Travaux publics et Services gouvernementaux Canada ; 2007. Reproduction autorisée.

Tableau VI**Modèle d'Ellyn Satter¹³****D'un côté, l'enfant**

- ☉ Qui sait s'il a faim ou non et **combien de bouchées** il va prendre

De l'autre, le parent

- ☉ Qui décide de **quand manger** (heures de repas régulières, durée de moins de 30 minutes par repas)
- ☉ **Quoi manger** (assiette variée)
- ☉ **Où manger** (à la table, non devant la télévision)

- ☉ intégrer l'enfant dans la préparation des repas en fonction de ses capacités (participer à l'épicerie, préparer une partie du repas, mettre la table, etc.) ;
- ☉ éviter les distractions (télévision) ;
- ☉ ne pas préparer de repas différent à l'enfant ;
- ☉ assaisonner la nourriture ;
- ☉ offrir de petites portions ;
- ☉ permettre à l'enfant de manger avec les doigts et tolérer certains dégâts ;
- ☉ donner soi-même l'exemple d'une alimentation variée ;
- ☉ ne pas utiliser la nourriture comme récompense.

Selon les cas, il sera utile de consulter une diététiste non seulement pour calculer l'apport calorique de l'enfant, mais aussi pour donner aux parents des idées concrètes de repas, de collations et de quantités réalistes à offrir à leur enfant. Au besoin, la nutritionniste proposera d'enrichir l'alimentation de l'en-

fant, soit en y ajoutant du beurre, de la margarine, de la crème, du fromage ou des puddings. Un suivi multidisciplinaire (médecin et diététiste) sera planifié pour les mois à venir tant qu'il n'y aura pas un redressement de la courbe pondérale.

La prise en charge n'inclut pas d'emblée le recours à un psychologue, à un pédopsychiatre ou à un ergothérapeute pour surmonter une aversion face à la nourriture. L'aide des services sociaux peut toutefois être appropriée dans certains cas (négligence, famille dysfonctionnelle, précarité, difficultés d'encadrement de l'enfant) afin de soutenir les familles. Parfois, le médecin peut proposer l'entrée dans un centre de la petite enfance pour favoriser l'expérience sociale du repas.

Quelle est la place des médicaments ?

En général, les parents repartiront sans ordonnance. L'enrichissement de l'alimentation régulière est préférable à des suppléments nutritifs, tels que PediaSure, Boost, etc. Après l'âge de 1 an, on ne suggère pas non plus la prescription systématique de vitamines, sauf pour des maladies particulières (ex. : malabsorption) ou dans le cas d'une alimentation très restrictive, comme le végétarisme strict.

Lorsqu'un état ferriprive est confirmé, on n'attend pas l'apparition de l'anémie avant de le traiter. On prescrit d'emblée du fer (de 3 mg/kg/j à 4 mg/kg/j de fer élémentaire sous forme de sulfate ferreux). L'absorption du fer est améliorée par le jus de fruits (par l'effet de la vitamine C), mais diminuée par le lait. L'ajout de suppléments de fer peut entraîner rapidement des progrès spectaculaires de l'appétit.

L'enfant prendra du fer pendant trois mois afin de reconstituer les réserves de l'organisme. Chez tous les enfants susceptibles de présenter une carence, on peut demander une prise de sang chaque année jusqu'à l'âge d'environ 5 ans.

Malgré tous nos conseils de guidance et l'exclusion d'une cause médicale précise, certains patients ne connaîtront pas de reprise pondérale adéquate dans un délai de six mois. Il est alors raisonnable de faire l'essai de la cyproheptadine (Periactin, Vimicon), un antihistaminique qui stimule également l'appétit en diminuant l'activité sérotoninergique. Son effet a été prouvé chez les patients atteints de fibrose kystique et chez ceux qui sont suivis en oncologie^{14,15}. La posologie recommandée par Santé Canada chez les enfants de 2 à 6 ans est de 2 mg, de 2 à 3 fois par jour (pour une dose totale maximale de 8 mg). Ce médicament est relativement sûr, le seul effet indésirable noté est la somnolence. Il a l'avantage d'être présenté dans un format pour enfant, soit en sirop (5 ml = 2 mg) ou en comprimés (4 mg) que l'on peut broyer. L'effet positif s'observe assez rapidement (en un mois) et se manifeste chez trois patients sur quatre.

Que deviennent-ils ?

L'évolution clinique des patients ayant un retard pondéral a fait l'objet de nombreuses études longitudinales. Selon les données récentes, les enfants évoluent bien dans l'ensemble et rattrapent leur retard sur plusieurs années. Par contre, certains auteurs émettent des inquiétudes sur leur croissance définitive, sur leur comportement, sur leurs capacités cognitives et même sur la possibilité qu'ils soient atteints à l'adolescence de véritables troubles alimentaires¹⁶.

Les cas graves ou réfractaires devraient être dirigés vers une clinique spécialisée en nutrition ou en gastro-entérologie.

Le cas d'Annie est assez caractéristique du mauvais mangeur. À l'anamnèse, vous apprenez que la mère exige qu'elle termine sa portion alors qu'Annie détourne la tête et crache ses dernières bouchées. Étant donné sa

grande consommation de lait et de jus, vous faites un bilan sanguin qui révèle une anémie hypochrome microcytaire et un taux de ferritine abaissé. Vous rassurez les parents en leur expliquant qu'Annie mange une quantité suffisante pour couvrir ses besoins nutritionnels et que leur rôle consiste à choisir des aliments variés et équilibrés pour elle. Vous les encouragez à abandonner le biberon pour le verre et à limiter la quantité de jus à une portion par jour. Vous prescrivez du fer à Annie pour trois mois. À la visite de suivi un mois plus tard, le père vous raconte que les premiers jours ont été difficiles, mais que les repas sont maintenant beaucoup plus agréables. Vous félicitez les parents et planifiez un nouveau rendez-vous dans deux mois pour un bilan sanguin ainsi que pour le suivi du poids.

LES DIFFICULTÉS D'ALIMENTATION des jeunes enfants font partie des plaintes les plus fréquentes des parents. La famille s'inquiète fréquemment outre mesure du manque d'appétit de leur petit et a bien souvent une conception erronée des besoins nutritionnels à cet âge. Il revient donc aux médecins, aidés ou non d'autres professionnels de la santé, de rassurer et d'éduquer les parents en leur suggérant des solutions simples. L'intervention touche à la fois l'alimentation et le déroulement des repas. L'objectif est la croissance et le développement optimal de chaque enfant ! 🍴

Date de réception : le 18 février 2011

Date d'acceptation : le 11 mars 2011

Les D^{res} Élisabeth Rousseau et Julie Bailon-Poujol n'ont déclaré aucun intérêt conflictuel.

Bibliographie

1. Levy Y, Levy A, Zangen T et coll. Diagnostic clues for identification of nonorganic vs organic causes of food refusal and poor feeding. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2009; 48 (3) : 355-62.
2. Kuczumarski RJ, Ogden CL, Grummer-Strawn LM et coll. CDC growth charts: United States. *Adv Data* 2000; 8 (314) : 1-27.
3. Schwartz ID. Failure to thrive: an old nemesis in the new millennium. *Pediatr Rev* 2000; 21 (8) : 257-64.

Les conseils de base du médecin seront de supprimer toute consommation excessive de jus, de lait et d'autres liquides ; de planifier trois repas principaux et de deux à trois minicollations par jour ; que le parent décide où, quand et quoi manger et l'enfant décide combien.

Repère

Summary

The skinny and picky child: battle over meals! Among preschool children, feeding difficulties and slow growth are usual problems in primary care, even though most of these children have no underlying medical condition. Dietary history and mealtime context must be carefully evaluated. A nutritional risk is suspected when the child drinks more than 16 to 20 daily ounces of milk or juice, and eats less than 5 weekly portions of foods of each of these groups: meats, vegetables, fruits and cereals. Investigations are aimed towards research of iron deficiency. If present, correcting it will prevent the complications of anaemia. Parents should limit milk and juice intake and establish a regular meal schedule. To nurture healthy eating habits, parents must also decide what their child must eat, where and when, while the child decides how much food to eat. Prognosis is usually favourable.

4. Boutry M, Needlman R. Use of diet history in the screening of iron deficiency. *Pediatrics* 1996; 98 (6) : 1138-42.
5. Chatoor I, Ammaniti M. Classifying feeding disorders of infancy and early childhood. Dans: Narrow WE, First MB, Sirovatka PJ et coll., rédacteurs. *Age and gender considerations in psychiatric diagnosis. A research agenda for DSM-V*. 1^{re} éd. Arlington : American Psychiatric Association; 2007, p. 227-42.
6. Webber L, Cooke L, Hill C et coll. Association between children's appetitive traits and maternal feeding practices. *J Am Diet Assoc* 2010; 110 (11) : 1718-22.
7. Birch LL. Development of food preferences. *Annu Rev Nutr* 1999; 19 : 41-62.
8. Committee on Nutrition American Academy of Pediatrics. Dans : Kleinman RE, rédacteur. *Pediatric Nutrition Handbook*. 6^e éd. Elk Grove Village, American Academy of Pediatrics; 2009.
9. Wrighth CM, Callum J, Birks E et coll. Effect of community based management in failure to thrive: randomised controlled trial. *BMJ* 1998; 317 (7158) : 571-4.
10. Oski FA, Honig AS, Helu B et coll. Effect of iron therapy on behavior performance in nonanemic, iron-deficient infants. *Pediatrics* 1983; 71 (6) : 877-80.
11. Lehmann F, Gray-Donald K, Mongeon M et coll. Iron deficiency anemia in 1-year old children of disadvantaged families in Montreal. *CMAJ* 1992; 146 (9) : 1571-7.
12. Santé Canada. *Guide alimentaire canadien pour manger sainement*. Ottawa : Travaux publics et Services gouvernementaux Canada; 2007.
13. Satter E. *Secrets of feeding a healthy family*. 2^e éd. Madison : Keley Press; 2008.
14. Couluris M, Mayer JL, Freyer DR et coll. The effect of cyproheptadine hydrochloride (Periactin) and megestrol acetate (Megace) on weight in children with cancer/treatment-related cachexia. *J Pediatr Hematol Oncol* 2008; 30 (11) : 791-7.
15. Homnick DN, Marks JH, Hare KL et coll. Long-term trial of cyproheptadine as an appetite stimulant in cystic fibrosis. *Pediatr Pulmonol* 2005; 40 (3) : 251-6.
16. Rudolf MC, Logan S. What is the long term outcome for children who fail to thrive? A systematic review. *Arch Dis Child* 2005; 90 : 925-31.