



Introduction de l'alimentation complémentaire chez le nourrisson exposé au VIH et principes de sevrage.



Cas d'étude

Rose Marie est une jeune maman infectée par le VIH. Elle vient vous voir en consultation avec son fils Alphonse, âgé de 7 mois, et vous explique qu'il ne prend plus le sein depuis 8 jours, pleure beaucoup et ne mange presque rien. Elle a déjà introduit différents aliments, mais trouve que c'est difficile.

Elle voudrait reprendre l'allaitement maternel.]

Introduction de l'alimentation complémentaire. Quand ?

Jusqu'à 6 mois révolus, le lait maternel ou les Substituts du Lait Maternel (SLM) peuvent suffire à couvrir tous les besoins du nourrisson. Après 6 mois, les besoins énergétiques du nourrisson imposent l'introduction d'aliments complémentaires.

Selon les recommandations de l'OMS de 2010 sur l'alimentation des nourrissons exposés au VIH, il est désormais préconisé de les allaiter de façon exclusive pendant 6 mois, puis d'introduire l'alimentation complémentaire à partir du 7^{ème} mois, tout en maintenant l'allaitement maternel jusqu'à 1 an (fin du sevrage précoce à 6 mois). Pendant toute la durée de son allaitement, la mère doit prendre une trithérapie ARV ou, à défaut, le nourrisson doit prendre une monothérapie par la Névirapine. Ces nouvelles recommandations se basent sur des études cliniques qui ont montré que, sous ces traitements, la contamination des nourrissons allaités au sein était très rare (entre 1 et 2%), et bien inférieure au risque de décès lié au sevrage précoce ou à l'alimentation par les SLM. L'introduction de l'alimentation complémentaire chez les enfants exposés au VIH allaités redevient donc comparable aux pratiques habituelles : introduction progressive des bouillies puis des aliments solides, sous couvert d'un allaitement à la demande.

Pour les enfants alimentés par des SLM dès la naissance ou dans les premiers mois de vie, il est possible d'introduire l'alimentation complémentaire progressivement dès 4 mois révolus : le nourrisson est alors capable de digérer les farines (sans gluten) et les légumes cuits. Attention toutefois à maintenir des apports lactés suffisants : les soupes de légumes sont pauvres en calories et les farines sont pauvres en protéines. Ainsi, la diminution trop rapide des apports lactés risque d'entraîner des carences.

Sevrage précoce et rapide de l'enfant exposé au VIH allaité : contre-indiqué

Il n'est plus conseillé de réaliser l'ab lactation (arrêt de l'allaitement) à 6 mois révolus, encore moins de le faire de façon « brutale », en quelques jours. L'arrêt précoce de l'allaitement maternel non protégé par les ARV diminue les risques de transmission du VIH en réduisant la durée de l'exposition du nourrisson au virus, mais est source de nombreuses difficultés pratiques. En effet, outre les problèmes d'acceptabilité sociale et culturelle, l'ab lactation précoce et brutale impose au nourrisson de changer soudainement beaucoup d'habitudes : arrêt de la tétée à la demande et du contact avec le sein (rôle nutritif mais aussi rassurant et protecteur), changement de goût du lait (maternel remplacé par du lait maternisé, quand il est disponible), apprentissage de la tasse, de l'alimentation semi-solide (textures et goûts nouveaux) et de la cuillère. Il peut cependant arriver qu'une mère vienne consulter après avoir réalisé précocement le sevrage de son bébé, par manque d'information. Ou parce qu'il paraît souhaitable d'arrêter l'allaitement maternel car la situation présente un risque très important de transmission du VIH au bébé (mère non suivie, sans TARV, avec une immunodépression profonde et une mastite, par exemple). Il faut alors accompagner le sevrage de l'allaitement maternel et la substitution par les SLM. On commence par proposer à l'enfant des substituts lactés, à la tasse. Dès que possible, on introduit l'alimentation complémentaire, progressivement sur un, puis sur deux repas. Tant que l'alimentation complémentaire n'est pas introduite, les besoins en SLM sont de l'ordre de 150 ml/kg/jour. Une fois l'alimentation bien établie, il faut maintenir entre 200 et 500 ml de lait par jour, ce qui correspond à 2 à 4 boîtes de SLM2 ou 1 à 2 kilos de lait de vache en poudre (si les SLM ne sont pas disponibles), par mois.

Principes des repas à la cuillère

Il faut être vigilant, notamment au début, à ce que les repas à la cuillère se mettent en place dans de bonnes conditions, pour rassurer l'enfant :

- Nourrir le nourrisson en étant attentif à sa faim, sa satiété.
- Alimenter le nourrisson lentement, patiemment, en l'encourageant à manger. Utiliser pour cela la parole, les sourires, le contact visuel.
- Lui donner à manger dans sa propre tasse ou assiette.
- Pratiquer une bonne hygiène pour éviter à l'enfant de tomber malade (revoir Carte conseil 9 OMS).
- Attendre que le nourrisson ait fini de manger pour lui en donner encore. Ne pas le forcer, ce qui risquerait d'entraîner un conflit dans la relation avec sa mère (ou sa tutrice).
- Si l'enfant refuse certains aliments, essayer de les lui proposer à nouveau quelques jours plus tard, associer différentes combinaisons d'aliments, de goûts, de textures.
- Réduire les distractions au cours du repas. Se placer dans un endroit calme et profiter de ce moment pour établir une relation privilégiée, comme il pouvait exister pendant la mise au sein.
- Pour savoir si l'enfant a soif, lui offrir un peu d'eau bouillie après le repas.
- A chaque repas, donner au bébé un aliment de chaque groupe : aliment de base, enrichi d'une légumineuse (pois, bien écrasé) et/ou d'un produit animal (viande, poisson, œuf), et de légumes/fruits + huile végétale.
- Diversifier l'alimentation, limite le risque de carences.
- A partir de 8 mois, donner des collations entre les repas (voir tableau).
- Ne pas donner de soda (boissons gazeuses), ni d'autres boissons sucrées, ni de bonbons/sucreries. Il en est de même pour le thé ou le café.
- Limiter les quantités de jus de fruits à moins d'un gobelet par jour, parce que cela peut diminuer l'appétit et provoquer une diarrhée.
- Éviter les aliments avec lesquels l'enfant pourrait s'étouffer (arachide non pilée, carotte non cuite par exemple).

Exemple de schéma d'introduction de l'alimentation complémentaire

Age	Consistance	Fréquence	Quantité (volume) d'aliments qu'un enfant mangera généralement à chaque repas
6 à 8 mois	Commencer par une bouillie épaisse à base de farine enrichie, préparée au lait ou à défaut à l'eau. (NB : si l'enfant est alimenté par SLM, la farine peut initialement être ajoutée aux repas lactés pour faire des bouillies liquides). Puis rajouter dans la bouillie des aliments bien écrasés (banane, courge, carotte...). Après quelques semaines, continuer avec les aliments écrasés donnés à part de la bouillie pour habituer l'enfant à leur goût.	A- 2 à 3 bouillies par jour selon l'appétit de l'enfant. + B- Si l'enfant est allaité, ces quantités s'ajoutent aux tétées fréquentes. Si l'enfant n'est pas allaité, donner en plus : 2 gobelets de 250 ml de lait par jour et de l'eau propre à volonté entre les repas. + C- on peut offrir une ou deux collations entre les repas: une portion de fruit écrasé par exemple.	Commencer par 2 ou 3 cuillères à soupe à chaque repas en plus du lait. Augmenter graduellement la bouillie jusqu'à une ½ tasse de 250 ml et diminuer parallèlement les quantités de lait seul pour ne donner 2 gobelets de 250 ml par jour (si enfant sous SLM).
9 à 11 mois	Donner une bouillie enrichie épaisse le matin puis des aliments coupés finement ou écrasés et des aliments que l'enfant peut prendre avec ses doigts.	A- 3 fois par jour selon l'appétit de l'enfant. + B : sein ou SLM (250 à 500 ml/jour). + C : 1 à 2 collations.	½ à ¾ de tasse de 250 ml.
12 à 23 mois	Aliments du repas familial coupés et écrasés si nécessaire. Maintenir une bouillie enrichie pendant la période du sevrage (vers 12 mois).	A- 3 fois par jour selon l'appétit de l'enfant. + B : sein ou SLM 250 à 500 ml/jour). + C : 1 à 2 collations.	Env. ¾ tasse de 250 ml.

Le sevrage du sein, quand ?

Dans la majorité des cas, les nourrissons seront allaités jusqu'à un an, le sevrage sera réalisé au cours du 12^{ème} mois, progressivement.

Si l'infection du nourrisson par le VIH est prouvée (PCR positive), l'allaitement maternel sera poursuivi jusqu'à 24 mois.

Le sevrage vers 1 an, comment ?

La première étape consiste à arrêter de donner le sein, exprimer le lait et donner le lait à la tasse (le chauffage du lait, antérieurement préconisé, n'est en théorie pas utile si le TARV est pris correctement ; il n'est cependant pas contre-indiqué).

Si elle est bien réalisée, cette étape permet de préparer le sevrage du lait maternel tout en maintenant un apport de lait dont le goût est connu de l'enfant.

En pratique il est difficile de poursuivre longtemps l'expression manuelle du lait maternel. En effet, la production lactée a tendance à diminuer et, surtout, cette méthode est contraignante et prend du temps à la mère.

Après une à deux semaines, le lait maternel devrait idéalement être remplacé par du lait maternisé ou du lait de vache entier donné à la tasse

Difficultés qui peuvent survenir au cours du sevrage ou lors de l'introduction de nouveaux aliments, et réponses qui peuvent être proposées

Incompréhension de la famille : devant un sevrage à 12 mois, les critiques de la famille seront probablement moindres que devant un sevrage précoce à 6 mois. Néanmoins, elles risquent de se manifester. L'implication du conjoint aux côtés de la femme est capitale pour faire accepter cette décision. Une excuse d'ordre médical, même si elle est fautive, peut être fournie par le médecin pour aider le couple à argumenter cette décision face à l'entourage.

Difficultés du côté maternel : il peut exister des douleurs mammaires liées à un engorgement des seins. On conseillera à la femme une restriction hydrique, des massages, et éventuellement un traitement médical, rarement nécessaire.

Pleurs et troubles du comportement de l'enfant : le nourrisson peut avoir des difficultés à comprendre l'interdiction de prendre le sein de sa mère et manifester des pleurs ou des difficultés à s'alimenter. Il faudra maintenir un contact étroit et rassurant avec sa mère pendant cette période. Mais les pleurs peuvent être aussi liés à la soif ou la faim, en raison d'une compensation insuffisante de l'arrêt de la lactation : les apports hydriques, antérieurement fournis par le lait maternel, doivent être compensés, au mieux par du lait de vache entier, au moins par de l'eau bouillie qui sera proposée régulièrement ; les apports caloriques du lait maternel, quant à

eux, doivent être aussi compensés soit par du lait, soit par une augmentation de l'alimentation complémentaire. On privilégie les aliments que l'enfant préfère, en maintenant des apports les plus diversifiés possibles. Enfin, il faut toujours, devant des pleurs inexpliqués et/ou des troubles de l'alimentation, chercher une cause médicale, en particulier une douleur d'origine buccale ou pharyngo-oesophagienne.

Quelques notions nutritionnelles...

1. L'apport de lait de remplacement après le sevrage est essentiel pour couvrir les besoins en protéines et en micronutriments du nourrisson (calcium, fer, zinc et vitamine B12 en particulier). Il faut donc tout faire pour apporter du lait ou des laitages. Sinon, ces micro-nutriments devront donc être apportés par des suppléments polyvitaminiques ou médicamenteux adaptés.

2. La quantité de lait nécessaire entre 6 et 12 mois, pour les enfants sous SLM, dépend de l'apport en protéines animales (oeuf, viande, poisson) dans l'alimentation. En l'absence de protéines animales, il faut apporter environ 500ml de lait par jour. Cette quantité est réduite de moitié (200-250 ml/jour) si le nourrisson consomme des protéines animales. Après 1 an, il est souhaitable de continuer de proposer au moins 250 ml de lait par jour à l'enfant, jusqu'à 2 ans.

3. Les besoins en liquides doivent être couverts. En l'absence d'allaitement maternel, il est difficile à l'enfant d'éteindre sa soif. On estime que les besoins, dans les pays chauds, sont de l'ordre de 800 à 1200 ml par jour (soit 4 à 6 tasses). De l'eau claire et propre (bouillie si nécessaire) doit être proposée plusieurs fois par jour. Ces besoins sont augmentés en cas de fièvre et, bien entendu, en cas de diarrhée.

4. Les farines, souvent réalisées à partir de céréales, apportent essentiellement des glucides. L'apport calorique est de l'ordre de 350 kCal pour 100 gr de produit sec. Plus une céréale est raffinée (riz blanc décortiqué, par exemple), plus elle sera pauvre en protéines. Le mélange de farines (artisanal ou industriel) permet de multiplier par 2 ou 3 la teneur en protéines des farines par rapport à une farine de riz usiné blanchi. En pratique, ces farines peuvent être mélangées à la poudre de lait au début de la diversification (bouillies liquides données à la tasse), puis être préparées sous forme de bouillies épaisses et données à la cuillère dans un deuxième temps.

5. Viande, poisson, oeufs : ces produits d'origine animale sont les meilleures sources de protéines, mais ces produits sont chers. Le jaune d'oeuf dur (cuit 10 minutes) peut être donné dès 6 mois, écrasé dans une bouillie ou une purée. Le blanc d'oeuf sera introduit après 9 à 12 mois. L'apport protéique d'un oeuf correspond à 250 ml de lait. La teneur en protéines de la viande ou du poisson est de l'ordre de 15 à 20% : 50 gr de produit apportent donc 8 à 10 gr de protéines.

6. Les fruits et les légumes : riches en micro-nutriments (vitamine A, C, folates, fer pour certaines feuilles), ces produits sont peu caloriques et contiennent peu de protéines et de lipides.

On classera à part les légumineuses (haricots, pois, lentilles) qui sont une source intéressante de protéines lorsqu'elles sont associées aux céréales, de même que le soja et les arachides (attention cependant aux terrains allergiques).

7. Les lipides : sources de calories et d'acides gras essentiels, les lipides d'origine végétale peuvent être inclus dans l'alimentation du nourrisson. Une à deux cuillères à café par jour sont suffisantes en moyenne.

Réponse au cas d'étude

Il est probable que cette maman est mal suivie et qu'elle ait été mal conseillée. Il faut d'une part préciser avec elle si elle et son fils ont bénéficié de mesures de PTME, si elle prend des ARV, si elle a eu un contrôle récent de CD4, afin d'évaluer si la remise au sein d'Alphonse est souhaitable ou pas. Si Rose Marie pratiquait l'allaitement protégé, il faut tenter de le reprendre, afin de pouvoir introduire l'alimentation complémentaire dans de bonnes conditions. D'autre part, il faut chercher une cause aux pleurs d'Alphonse (faim ? soif ? douleur ? carence affective, besoin de téter ?) en l'examinant cliniquement.

Au terme de cette évaluation maternelle et infantile, on proposera soit de reprendre l'allaitement maternel, s'il existe encore une production lactée, que Rose Marie est sous ARV et ne présente pas d'immunodépression

sévère ; soit de remplacer le lait maternel par des SLM, qui couvriront les besoins le temps d'introduire une alimentation complémentaire, progressivement, aliment par aliment. Dans tous les cas, un suivi clinique et nutritionnel rapproché, hebdomadaire au début, de cet enfant s'impose.

A retenir

- Après 6 mois, le lait seul ne suffit plus au nourrisson et il faut introduire une alimentation complémentaire.
- Les nouvelles recommandations de l'OMS préconisent de poursuivre un allaitement maternel protégé par les ARV pendant 12 mois (et pendant 24 mois si l'infection de l'enfant est confirmée). L'introduction de l'alimentation complémentaire débute après 6 mois d'allaitement exclusif. Le sevrage du sein doit être réalisé progressivement, sur un mois, au cours du douzième mois.
- Le sevrage précoce est déconseillé. S'il est néanmoins pratiqué, le lait maternel doit être remplacé par des SLM le temps que l'alimentation complémentaire soit en place. En quelques semaines, cette alimentation remplacera en partie les repas lactés, mais il faut maintenir un apport de 200 ml à 500 ml de lait par jour au moins jusqu'à l'âge de 1 an et si possible 2 ans.
- Le marqueur du succès d'une alimentation est une bonne croissance en poids et en taille, associée à un bon développement psychomoteur.

Pour en savoir plus :

- > **Principes directeurs pour l'alimentation des enfants âgés de 6 à 24 mois qui ne sont pas allaités au sein**
http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9242593435_fre.pdf
- > **La situation des enfants dans le monde (1998) : RAPPEL « Les micronutriments »**
www.unicef.org/french/sowc98/pdf/prappel3.pdf
- > **Nouvelles recommandations (2010) de l'OMS pour la prévention de la transmission de la mère à l'enfant, qui contient les recommandations sur l'allaitement et le sevrage (en Anglais) :**
<http://www.who.int/hiv/pub/mtct/antiretroviral/en/index.html>