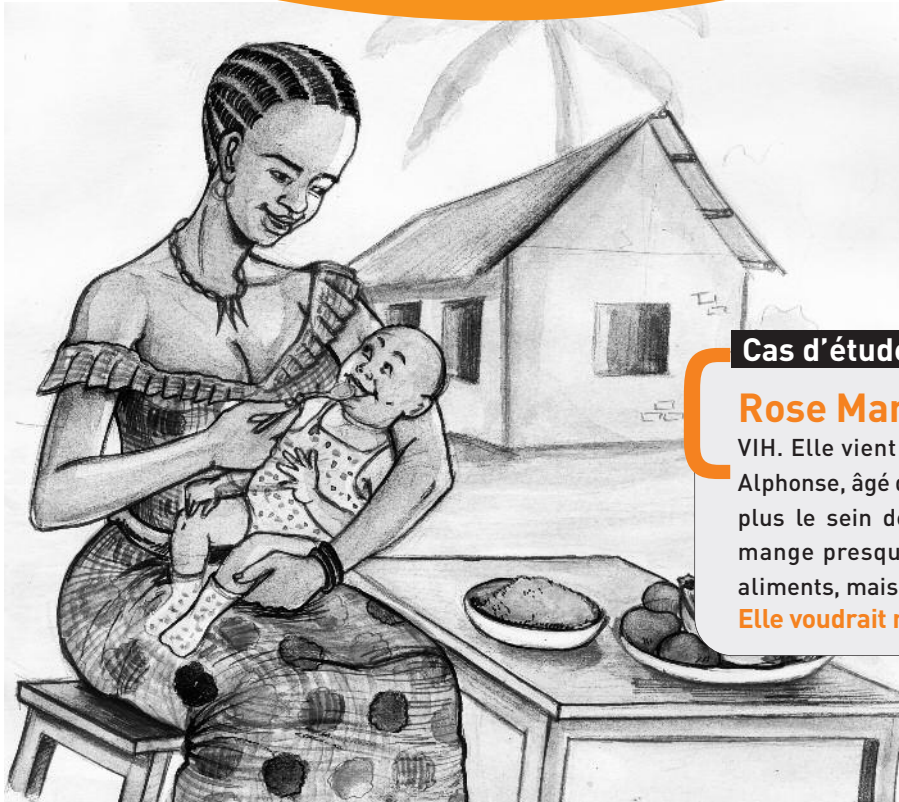




Sevrage précoce et introduction de l'alimentation complémentaire

chez le nourrisson exposé au VIH



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 15 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.

Si l'enfant est alimenté par des SLM, il est cependant possible d'introduire l'alimentation complémentaire progressivement dès 4 mois révolus : le nourrisson est alors capable de digérer les farines sans gluten (les farines contenant du gluten comme celles à base de blé, orge, seigle et avoine sont contre indiquées avant 6 mois) 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.

Chez l'enfant exposé au VIH allaité exclusivement au sein, il est conseillé de réaliser l'ablactation (arrêt de l'allaitement) à 6 mois révolus, de façon « brutale », en quelques jours. L'arrêt précoce de l'allaitement

diminue les risques de transmission du VIH en réduisant la durée de l'exposition du nourrisson au virus contenu dans le lait maternel. Cette recommandation se heurte à plusieurs difficultés en pratique. Des difficultés d'ordre social, en particulier lorsque la mère habite dans sa famille et plus encore si son conjoint n'est pas informé de son statut. Mais aussi à des difficultés psychologiques et pratiques. L'ablactation est traditionnellement progressive et beaucoup plus tardive en Afrique.

Il faut donc un accompagnement très rapproché de la mère et de l'enfant pour la réaliser avec succès à 6 mois (voir infra).

A l'inverse, il peut arriver qu'un enfant allaité présente un retard de croissance dans les premiers mois de vie et qu'il faille donc envisager l'ablactation avant six mois. La conduite pratique dépendra de l'âge de survenue et des signes associés (voir fiche pratique Grandir sur la « Prise en charge de la malnutrition »). Enfin, si l'infection du nourrisson par le VIH est prouvée (PCR positive), l'introduction de l'alimentation complémentaire sera réalisée vers 6 mois en maintenant l'allaitement maternel jusqu'à 18 à 24 mois.

Le sevrage précoce et rapide de l'enfant exposé au VIH allaité

Les principes de prise en charge sont en général décrits dans les manuels nationaux de PTME, qui préconisent un sevrage très rapide à six mois révolus.

Selon les pays, on conseille de réaliser l'arrêt de l'allaitement maternel en 3 jours à 3 semaines.

La première étape consiste à arrêter de donner le sein, exprimer le lait, le faire chauffer pour détruire le virus et le donner à la tasse.

Si elle est bien réalisée, cette étape permet d'arrêter l'exposition au VIH, d'habituer l'enfant à boire à la tasse tout en maintenant un apport de lait dont le goût est connu de l'enfant. On peut même envisager de réaliser les premières bouillies lactées avec ce lait chauffé. Après quelques jours, l'alimentation complémentaire peut être introduite progressivement sur un, puis sur deux repas. 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 donné à la tasse.

A partir du moment où la mère ne tire plus son lait, elle doit pratiquer une restriction hydrique et utiliser des moyens locaux pour éviter les douleurs mammaires : massages, cataplasmes... Des médicaments peuvent être prescrits si l'inconfort est trop grand ou si des complications (lymphangite) surviennent.

L'alimentation de l'enfant est alors composée idéalement de deux à trois repas lactés et de un à deux repas à la cuillère. En raison des besoins en protéines et en calcium, il faut apporter entre 200 et 500ml 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 :

Ces repas s'accompagnant de l'arrêt de la mise au sein, il faudra être vigilant à ce qu'ils se mettent en place dans de bonnes conditions, pour rassurer l'enfant :

- Nourrir le nourrisson en étant attentif à sa faim, sa soif, sa satiété.
- Alimenter le nourrisson lentement, patiemment, en l'encourageant à manger. Utiliser pour cela la parole, les sourires, le contact visuel.

- 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 texture.
- 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.

Nouvelles recommandations :

Le sevrage précoce, recommandé par l'OMS il y a quelques années, est difficile à appliquer sur le terrain. Outre les problèmes d'acceptabilité sociale et culturelle, elle impose en effet 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 (lait maternel remplacé par lait maternisé, quand il est disponible), apprentissage de la tasse, de l'alimentation semi-solide (textures et goûts nouveaux) et de la cuillère. En pratique, l'ablactation brutale à six mois entraîne des risques de malnutrition après quelques semaines et/ou des risques d'alimentation mixte, la mère poursuivant l'allaitement au sein pendant l'introduction de l'alimentation complémentaire. Devant les difficultés rencontrées pour appliquer cette mesure, les nouvelles recommandations de l'OMS ont été assouplies.

Il est désormais conseillé de réaliser le sevrage précoce selon des critères AFADS (ou AFASS en anglais, voir fiche pratique Grandir n°6). En pratique, cela signifie que la famille doit être capable de fournir à l'enfant une alimentation de substitution qui couvre ses besoins protéino-énergétiques; que les besoins en minéraux et oligo-éléments sont apportés par l'alimentation ou par substitution médicamenteuse; et que l'ablactation est culturellement acceptable dans l'environnement familial de la mère.

Cette approche peut troubler certaines équipes peu expérimentées, qui pourraient être tentées de poursuivre l'allaitement de façon prolongée.

Il convient donc de rappeler qu'il est indispensable de tout mettre en œuvre avec la mère (ou mieux, avec le couple) pour que l'ablactation soit réalisée le plus rapidement possible, après six mois révolus, dans de bonnes conditions.

Difficultés qui peuvent survenir au cours du sevrage précoce et de l'introduction de l'alimentation complémentaire, et réponses qui peuvent être proposées.

Signes, symptômes ou plaintes	Cause possible	Réponse possible	Remarque
La famille ne comprend pas l'arrêt précoce	Non implication du conjoint	Counselling de couple, médiation.	A discuter très précocement, pendant la grossesse et avant de débiter l'ablation. Eventuellement fournir à la femme une excuse médicale (abcès du sein, mastite) pour qu'elle justifie le sevrage face à son entourage.
Les seins sont douloureux	Engorgement lié à l'arrêt des tétées, lymphangite	Restriction hydrique, massages +/- traitement médical.	
L'enfant pleure	L'enfant a mal	Traiter la cause de la douleur.	Examiner l'enfant, en particulier la bouche (muguet, aphtes,...), vérifier la courbe de poids et interroger sur les rations données. Revoir l'enfant rapidement.
	L'enfant a faim	Fractionner les repas. Augmenter les quantités des aliments que l'enfant aime manger +/- donner à la tasse du lait maternel exprimé et bouilli (si la mère a encore du lait), ou si possible des SLM.	
	L'enfant a soif	Proposer régulièrement de l'eau propre (bouillie) dans une tasse.	
	L'enfant a besoin de contact avec sa mère	Augmenter le contact peau à peau entre la mère et l'enfant.	
L'enfant refuse la tasse ou la cuillère	Lésion oro-pharyngée; Introduction trop brutale de la tasse ou la cuillère	Traiter une lésion éventuelle. Proposer patiemment la tasse et la cuillère.	Examiner l'enfant - Proposer le biberon uniquement si le contexte le permet.
L'enfant refuse certains aliments	Goût ou texture désagréable pour l'enfant	Ne pas insister. Introduire d'autres aliments. Réessayer plus tard l'introduction de l'aliment refusé.	Éviter les aliments au goût fort ou qui s'écrasent mal. Proscrire le piment. Ne pas saler les aliments.
Il n'y a pas de lait en poudre à donner à l'enfant	Ressources insuffisantes ou absence de participation du père	Orienter vers un service social +/- réaliser une médiation familiale.	La quantité minimale de lait en poudre nécessaire est de 1 kilo (ou 2 boîtes de SLM2) par mois.
L'enfant ne grossit pas	Insuffisance d'apport, infection à répétition ou entrée dans le Sida	Évaluer les apports, examiner l'enfant (y compris bouche et gorge) +/- bilan biologique.	Toujours peser l'enfant et rassurer les parents si l'enfant grossit bien. Sinon, chercher une cause.

Quelques notions nutritionnelles...

1- L'apport de lait de remplacement après le sevrage précoce 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 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 (200-250ml/jour) si le nourrisson consomme des protéines animales.

3- Les besoins en liquides doivent être couverts : en l'absence d'allaitement maternel, il est difficile à l'enfant d'étancher sa soif. On estime que les besoins, dans les pays chauds, sont de l'ordre de 800 à 1200ml 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 100gr 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 mélangée aux SLM au début, puis être préparées sous forme de bouillie 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 250ml de lait. La teneur en protéines de la viande ou du poisson est de l'ordre de 15 à 20% : 50gr de produit apportent donc 8 à 10gr 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 incluses dans l'alimentation du nourrisson. Une à deux cuillères à café par jour sont suffisantes en moyenne.

Réponse au cas d'étude

Vous devez tout d'abord vérifier tous les points énoncés par la mère afin de rechercher une cause organique à ses affirmations.

L'examen clinique, en particulier ORL, cherchera une cause aux pleurs et au refus alimentaire.

La pesée permettra d'objectiver la prise de poids depuis l'ablactation : parfois les parents considèrent que leur enfant mange trop peu mais la prise de poids est correcte.

Il conviendra aussi de s'intéresser à ce que la maman donne à manger à son enfant (quantité et qualité) et de l'interroger sur l'effectivité du sevrage dans cette situation difficile à vivre avec son enfant (risque d'allaitement mixte).

En l'absence de pathologie, il faudra reprendre les conseils : donner à manger au calme, lentement, introduire les aliments un par un, fractionner les repas.

Un soutien de la famille avec un don en SLM serait un plus pour éviter la survenue d'une malnutrition pendant cette phase délicate de diversification alimentaire associée au sevrage.

La reprise de l'allaitement maternel 15 jours après le sevrage est fortement déconseillée en raison des risques de contamination accrus et d'inefficacité.

Un rendez-vous sera fixé pour assurer le soutien de la mère et le suivi rapproché de l'enfant.

A retenir

- Si l'infection par le VIH de l'enfant allaité est confirmée par PCR avant l'ablactation, le sevrage précoce n'est pas recommandé : il faut continuer l'allaitement maternel jusqu'à 18 à 24 mois. L'alimentation complémentaire sera introduite vers 6 mois.
- Après 6 mois, le lait seul ne suffit plus au nourrisson mais ses besoins en apports lactés demeurent importants : il faut au moins 200ml de lait par jour, si l'alimentation complémentaire comporte des aliments d'origine animale et 400 à 550ml dans le cas contraire. En l'absence totale d'apports lactés, une supplémentation en micronutriments (fer, zinc, calcium, voire vitamine B12) est nécessaire.
- Le sevrage précoce est une période à haut risque de malnutrition et doit être accompagné par des personnes formées.
- Toute dégradation de l'état nutritionnel ne répondant pas rapidement à une prise en charge adaptée doit conduire à réaliser un bilan clinique et immunologique.
- De la même façon, un test de dépistage du VIH devrait être proposée systématiquement à tout enfant présentant une malnutrition.

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