

- ▶ Régime végétarien chez un enfant en crèche
- ▶ Purpura thrombopénique idiopathique : évolution des pratiques
- ▶ Oreillons et ROR

Régime végétarien chez un enfant en crèche

Une famille végétarienne a inscrit son enfant de quinze mois à la halte-garderie dont notre consœur J. Joannic est le médecin, en demandant qu'il ne soit proposé ni viande ni poisson à la petite fille lors des deux repas hebdomadaires qu'elle y prendrait. La directrice, se référant au règlement municipal des crèches, qui autorise exclusivement les régimes pour raison médicale (allergie, etc.) avec rédaction d'un PAI (projet d'accueil individualisé) et sur prescription du médecin traitant, a opposé un refus à cette demande et a proposé à la mère un rendez-vous avec le médecin de la halte-garderie. Lors de l'entretien avec cette maman, J. Joannic a repris les mêmes arguments et a suggéré que le médecin traitant prenne contact avec elle. Ce qu'il n'a pas fait. Interrogé par J. Joannic, le service de PMI du département a appuyé le refus de la directrice en se référant aux mêmes motifs qu'elle. La maman a alors téléphoné à l'élue Petite Enfance de la ville et obtenu en quelques minutes ce qu'elle réclamait. Sa fille pourra être inscrite à la halte-garderie, où il ne lui sera proposé ni viande ni poisson, ni œuf (la mère n'en consomme pas, par goût). J. Joannic a informé la PMI de

cette situation (sans donner le nom de la famille pour l'instant, précise-t-elle) et se dit prête à faire un signalement si elle a le moindre doute sur la santé de l'enfant.

Pour J. Joannic, « cette petite histoire de rentrée, mêlant prévention, responsabilité, principes éducatifs, ingérence dans la vie d'autrui (selon la maman), lois et institutions, pose plusieurs questions. Tout d'abord, que penser des régimes végétariens chez l'enfant sur le plan médical ? Par ailleurs, doit-on, au même titre

que l'on accepte les régimes sans porc pour conviction religieuse, accepter dans les collectivités les régimes végétariens ? Avec ou sans restrictions ? Faut-il alors demander une décharge aux parents, ou un certificat de bonne santé, ou encore un certificat attestant que le régime est bien conduit et n'a pas d'effets néfastes sur la santé de l'enfant ? Enfin, la crèche ou la halte-garderie doivent-elles (et en a-t-elle les moyens financiers ?) proposer un menu à la carte avec des régimes pour raisons médicales, des repas végétariens et d'autres demandes encore qui se feraient probablement jour ou bien rester une collectivité avec un menu fixe ? ». Les avis et attitudes des confrères qui ont participé à cette discussion se sont révélés très divers. E. Ewyber précise qu'à la halte-garderie dont elle est le médecin le règlement est relativement souple : à la différence de la crèche, qui exige un PAI en cas de régime particulier, en

Bronchiolite, diarrhée aiguë : deux brochures d'information pour les parents publiées par l'INPES

Le ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) publient deux brochures d'information pour les parents sur les deux principales infections responsables d'épidémies hivernales chez l'enfant : la bronchiolite et la diarrhée aiguë.

La brochure sur la bronchiolite, éditée pour la cinquième année consécutive, explique aux parents c'est qu'est la maladie, les mesures à prendre pour limiter la transmission du virus et que faire quand l'enfant est infecté.

La brochure sur la diarrhée, « Diarrhée du jeune enfant, évitez la déshydratation ! », présente les règles et les modalités pratiques, schéma à l'appui, de la réhydratation avec les solutés de réhydratation orale (SRO) et indique les signes qui doivent alerter sur la gravité de l'infection.

Ces deux brochures de quatre pages sont mises gratuitement à la disposition des parents chez les médecins, les kinésithérapeutes, dans les pharmacies, les maternités, les crèches, les centres de PMI, etc.

On peut également se les procurer auprès de l'INPES (service diffusion, 42 boulevard de la Libération, 93203 Saint-Denis) ou en les téléchargeant sur le site www.inpes.sante.fr.

liaison avec le médecin traitant, à la halte, explique-t-elle, les parents peuvent apporter des plats tout prêts non confectionnés à la maison, et donc éventuellement sans protéines animales. Notre consœur juge abusif de faire un signalement dans cette situation. Elle préconise de joindre le médecin traitant et de surveiller les courbes de poids, taille et PC ainsi que le développement psychomoteur de l'enfant. Enfin, pour les régimes particuliers, estime-t-elle, les mairies peuvent avoir leurs protocoles, mais le médecin de la crèche peut également établir des menus équilibrés avec ou sans protéines animales en collaboration avec la diététicienne scolaire ou le médecin scolaire.

Concernant les risques potentiels d'un régime végétarien ou végétalien chez un jeune enfant, O. Mouterde transmet quelques références qui incitent à la prudence : le comité de nutrition de l'Espghan (European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition), dans un article récent consacré à l'alimentation du nourrisson (*J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.*, 2008, 46 : 99-110), précise : « un nourrisson recevant un régime végétalien ou macrobiote avec peu ou pas de produits d'origine animale est à haut risque de carences nutritionnelles : énergie, vitamine B12, vitamine D, riboflavine, avec retard de croissance et ralentissement du développement psychomoteur ». Ces risques de carence existent également en cas d'allaitement par une mère qui suit un régime végétalien. Pour l'enfant et l'adolescent, O. Mouterde cite un article (« Vegetarian eating for children and adolescents », *J. Pe-*

diatr. Health Care, 2006 ; 20 : 27-34) dont les auteurs précisent, se référant à l'American Dietetic Association et à l'American Academy of Pediatrics, qu'un régime végétarien « bien planifié » peut satisfaire les besoins nutritionnels de l'enfant et permettre une croissance normale. O. Mouterde donne également comme référence sur cette question l'ouvrage : *Alimentation de l'enfant en situation normale et pathologique*, Progrès en pédiatrie, Doin, 2002.

Pour O. Mouterde, « un régime végétalien chez un enfant est contre-indiqué et impose un signalement ; un régime végétarien est possible mais très difficile, car il impose de parfaitement connaître les produits déficients ou complémentaires en macro et micronutriments (par exemple, jongler avec les protéines plus ou moins riches en méthionine...) et nécessite l'utilisation de produits enrichis en calcium, vitamine B12, folates, zinc, fer, etc. ».

Vincent Boggio pour sa part, « ne voit pas quels inconvénients pourrait avoir la non-consommation de viande et de poisson par cette fillette de quinze mois ». Notre confrère cite « Vegetarian children : appropriate and inappropriate diets » (*Am. J. Clin. Nutr.*, 1988 ; 48 : 811-8), qui, à la relecture, l'a « définitivement rassuré ». Il se dit en revanche surpris de l'ampleur prise par cette histoire. « La maman lors de son entretien avec la directrice n'a pas demandé un "régime" alimentaire, juste un tout petit régime de faveur qui ne coûte rien à personne, à savoir ne pas mettre de viande ni de poisson dans l'assiette de sa fillette. Si la directrice avait accédé simplement à cette demande pendant les deux repas pris à

la halte-garderie, la fillette aurait mangé davantage de pain, de légumes, de fromage et de dessert... et à trois ans elle aurait quitté la crèche sans histoire. Quand l'application d'une demande particulière ne complique en aucune manière la vie de la collectivité, pourquoi ne pas satisfaire la demande avec simplicité. Cette directrice n'a-t-elle pas un peu abusé de son pouvoir et manqué de bon sens ? »

Un avis que ne partage pas

M. Bayle, qui, tout en reconnaissant la nécessité de se remettre en question, estime que, dans les collectivités, « il faut bien un règlement pour que tout fonctionne normalement avec le peu de personnel attribué par les mêmes collectivités qui acceptent les divergences. Le règlement peut être reconsidéré à certaines périodes, mais il faut le respecter quand il existe et se donner des limites, sinon cela s'appelle un restaurant à la carte ». □

Purpura thrombopénique idiopathique : évolution des pratiques

J.P. Lellouche soumet à ses confrères les quelques réflexions que lui a inspirées la lecture d'un article sur le purpura thrombopénique paru dans le numéro d'avril 2008 de *Pediatrics Clinics of North America* (V. Blanchette et P. Bolton-Maggs : « Immune thrombopenic purpura diagnosis and management »). Autrefois, à une date que J.P. Lellouche situe en 1974, les livres et conférences d'internat affirmaient que l'existence d'une thrombopénie pouvait être en rapport avec une leucémie et qu'il fallait, par prudence, pratiquer une ponction de moelle pour éliminer cette éventualité, même si l'expérience montrait qu'une leucémie n'était jamais révélée par un purpura thrombopénique. En 2008, les auteurs de l'article cité par J.P. Lellouche affirment qu'une thrombopénie isolée n'est jamais en rapport avec une leucémie ; les cas observés s'accompagnent toujours d'une modification du

taux d'hémoglobine et de la formule blanche. Sur le plan thérapeutique, en 1974, rappelle J.P. Lellouche, on savait que l'abstention thérapeutique n'était pas une faute lourde, le risque d'hémorragie sévère étant faible, mais on préférerait tout de même utiliser largement les corticoïdes. En 2008, l'abstention thérapeutique n'est plus considérée comme une faute a priori et les corticoïdes sont moins utilisés, constate notre confrère. La thrombopénie aiguë suscite une forte inquiétude, parfois même une panique chez les parents, qui pensent souvent que leur enfant a une leucémie ou « quelque chose comme une leucémie ». « Le médecin qui fait un myélogramme, observe J.P. Lellouche, répond immédiatement à l'inquiétude des parents, il les rassure en leur annonçant que leur enfant n'a pas de leucémie. Au contraire, s'il ne fait pas la ponction de moelle, il ne calme pas cette in-

Score de Buchanan		
Grade	Sévérité du saignement	Description
0	aucun	aucun signe
1	mineur	<input type="checkbox"/> peau : ≤ 100 pétéchies ou ≤ 5 ecchymoses (≥ 3 cm de diamètre) <input type="checkbox"/> muqueuses : normales
2	moyen ou peu sévère	<input type="checkbox"/> peau : ≥ 100 pétéchies ou > 5 ecchymoses (> 3 cm de diamètre) <input type="checkbox"/> muqueuses : normales
3	modéré	<input type="checkbox"/> muqueuses : saignement des muqueuses (épistaxis, bulles intrabuccales, saignement intestin, hémorragies, métrorragies...)
4	sévère	<input type="checkbox"/> saignement des muqueuses nécessitant un geste ou suspicion d'hémorragie interne
5	Mettant en jeu le pronostic vital	<input type="checkbox"/> hémorragie intracrânienne ou hémorragie interne mettant en jeu le pronostic vital

Les manifestations hémorragiques survenues dans les 24 h précédant l'établissement du score sont prises en compte

quiétude et lorsque, quinze jours plus tard, il s'avérera qu'il a eu raison de ne pas la faire, la tension sera redescendue et il ne sera pas célébré comme le bon médecin. Dans le premier cas le médecin joue un rôle visible. Dans le deuxième cas, il s'abstient. » Et l'on retrouve cette asymétrie, note J.P. Lelouche, dans la décision de traiter ou non. Si l'on traite, on intervient dans le cours de la maladie ; si l'on ne traite pas, on laisse la maladie se dérouler sans intervention médicale. Le schéma d'évolution du PTI, une maladie qui débute brusquement, provoque une inquiétude majeure puis s'amende (on sait que la maladie évolue presque toujours vers la guérison sans séquelles) « représente l'idéal pour un médecin : un malade inquiet fait appel à lui, il intervient en faisant une ponction de moelle et en administrant des corticoïdes et le malade guérit ; ni le médecin,

ni le malade n'ont envie de savoir que la maladie aurait probablement guéri sans l'intervention du médecin. (...) Le malade ne veut pas entendre parler de guérison probable ou vraisemblable, il veut être rassuré rapidement ; la ponction et le traitement apportent cette réassurance ; l'examen et le traitement manifestent également que le médecin ne se tient pas en retrait, il ne laisse pas la maladie se dérouler, il est là, il s'implique ».

D. Lemaître dit trouver au contraire « beaucoup plus élégant et honnête de faire un diagnostic de bénignité et de savoir ne pas intervenir. On retire beaucoup plus de fierté d'entendre les parents dire "vous aviez raison, Docteur, cela a guéri tout seul en trois jours" que de traiter en sachant que cela ne changera rien. Les néphrologues nous l'apprennent avec le syndrome néphrotique ; pour avoir réalisé nombre de

biopsies rénales et avoir relié les résultats avec la clinique, ils en ont aujourd'hui limité strictement les indications. Il est vrai, souligne notre confrère, que l'abstention nécessite une connaissance fine de la pathologie, c'est là le défi intéressant à relever. » En plein accord avec ces propos, P. Lemoine souligne toute fois l'« énergie considérable » que requiert l'abstention thérapeutique, « beaucoup de temps, de rencontres avec les parents et, dans la majorité des cas, une incompréhension de la famille (au moins initialement) et de l'environnement professionnel. La correction spontanée du taux de plaquettes est plus longue qu'avec le traitement, ce qui prolonge la surveillance de l'enfant (à domicile) et l'inquiétude familiale ».

RECOMMANDATIONS ACTUELLES

Sur la prise en charge du PTI, C. Copin transmet les recommandations de la Société d'hématologie et d'immunologie pédiatriques (1), qui sont consultables sur le site internet de la Société française de pédiatrie, rubrique *Recommandations, bonnes pratiques*. Concernant les indications du myélo-

gramme, dans le cas d'un PTI aigu, la réalisation de cet examen avant un traitement par corticoïdes est recommandé pour éliminer une leucémie aiguë, mais non obligatoire. Il est ainsi précisé dans les recommandations : « L'absence de réalisation d'un myélogramme est possible si un clinicien senior et un cytologiste expérimenté confirment la normalité de l'examen clinique et de la NFS avec frottis sanguin. Cette décision doit alors être argumentée dans le dossier ». Dans le PTI chronique (au-delà de six mois d'évolution), le myélogramme fait partie des examens « à discuter dans les formes atypiques, si non disponible, si déjà ancien, si non typique ». Concernant le traitement, les recommandations précisent que, dans le PTI aigu, « une abstention thérapeutique initiale est proposée chez les patients présentant à la fois un score de Buchanan compris entre 0 et 2 et un taux de plaquettes supérieur à 100 000/mm³ ». □

(1) « Recommandations de prise en charge d'un PTI aigu de l'enfant », « PTI aigu de l'enfant : quel bilan initial effectuer », « PTI de l'enfant : mesures d'accompagnement » et « Quel bilan faire chez un enfant atteint de PTI arrivé au stade de chronicité ».

Oreillons et ROR

La petite Sarah, sept ans, n'a pas eu son rappel ROR malgré mes prescriptions successives, écrit A. Bandinelli. Et, pas de chance, lorsqu'elle vient en consultation, elle présente une parotidite vraisemblablement ourlienne (amylasurie quatre fois la normale) avec une évolution spontanément favorable. Le plus simple est de lui injecter

néanmoins le ROR un à deux mois après cet épisode sans s'embarrasser de sérologie ourlienne, estime A. Bandinelli, qui demande toutefois l'avis de ses confrères.

Le ROR peut effectivement être fait sans problème, confirme F. Vié le Sage ; la fraction ourlienne sera inactivée par les anticorps. □