

Fait clinique

Mérycisme infantile Infantile rumination

B. Thouvenin *, B. Forgeot d'Arc, G. Baujat, V. Brousse, V. Abadie

Service de pédiatrie générale, hôpital Necker-Enfants malades, assistance publique-hôpitaux de Paris, 149, rue de Sèvres, 75015 Paris

Reçu le 19 mai 2004 ; accepté le 17 mars 2005

Disponible sur internet le 24 mai 2005

Résumé

Le mérycisme du nourrisson est un trouble du comportement alimentaire qui se traduit par la rumination de nourriture précédemment ingérée. Par les implications somatiques potentiellement graves qu'il entraîne et la perturbation du lien mère-enfant qu'il souligne, il relève autant de la psychiatrie que de la pédiatrie. Le traitement se fera par une double approche, somatique et psychologique : réhydratation et renutrition d'une part, maternage du bébé et psychothérapie du lien mère-bébé d'autre part. Deux cas cliniques illustrent ce tableau rare mais impressionnant.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Abstract

Infantile rumination can be defined as self-induced regurgitation of previously swallowed food. Because it can lead to potential somatic complications and because it implies dysfunctional mother-child bonding, both a pediatric and psychiatric approach is needed. The treatment must be somatic (nutritional) and psychological (intensive nursing, mother-baby psychotherapy). Two case studies illustrate this rare but impressive picture.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Mérycisme ; Comportement alimentaire (trouble du) ; Relation mère-bébé ; Psychothérapie familiale

Keywords: Rumination disorders; Feeding and eating disorders of childhood; Mother-child relations; Family therapy

Au carrefour de la pédiatrie et de la psychiatrie, le mérycisme du nourrisson est une affection rare mais potentiellement grave. Ce trouble du comportement alimentaire se traduit par la remontée provoquée puis la rumination de la nourriture précédemment ingérée. Le mérycisme évolue longtemps à bas bruit, pouvant aboutir à un état de déshydratation et de dénutrition critique. Le diagnostic est clinique. Il était relativement fréquent jusqu'au milieu du siècle dernier comme en atteste le nombre de publications anciennes [1]. La forte diminution du mérycisme infantile depuis quelques décennies est attribuée à une meilleure prévention psychosociale et au traitement plus systématique du reflux gastro œsophagien

[2–4]. Nous rapportons ici les observations de deux bébés hospitalisés au cours des 12 dernières années dans le service de pédiatrie générale de l'hôpital Necker (Paris).

1. Observations

1.1. Observation n° 1

R. a été amené à l'hôpital par la brigade des mineurs à l'âge de 14 mois pour hypotrophie majeure. Il ne pesait que 5 kg (<4DS ; Fig. 1). L'examen clinique à l'entrée montrait un nourrisson vomisseur présentant une dénutrition sévère et un décalage de son développement psychomoteur (évalué à huit mois en début d'hospitalisation). Il était né avec un retard de croissance intra-utérin (PN de 2020 g à 41SA) au terme

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : thouveninb@msn.com (B. Thouvenin).

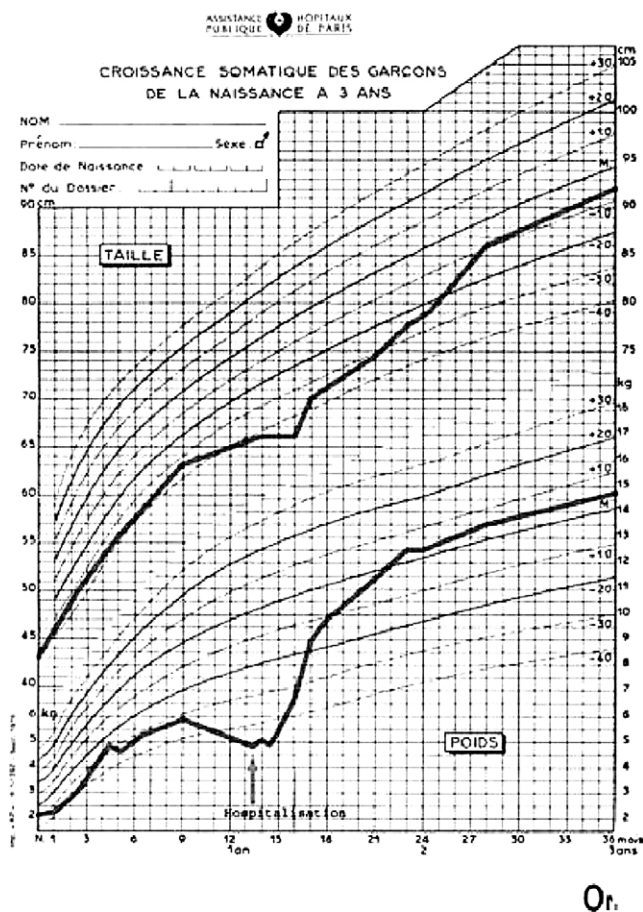


Fig. 1. Courbe de croissance staturo-pondérale de l'enfant R. (observation 1).

d'une grossesse découverte tardivement. Sa famille justifiait déjà d'une mesure judiciaire d'aide éducative à la suite d'une déshydratation sévère du troisième enfant. Lorsque R. avait neuf mois, sa mère interrompait une cinquième grossesse. Une dépression maternelle sévère s'installait coïncidant avec le début de la perte pondérale de R.

Hospitalisé, R. a été alimenté quelques jours par nutrition entérale et a repris du poids. Dès que l'alimentation orale fut reprise, rejets et vomissements réapparurent entraînant une nouvelle perte de poids. Le mérycisme fut rapidement observé, l'enfant ruminant de façon frénétique et exclusive. Les remontées alimentaires étaient provoquées par la succion forcenée du pouce conjointement à une contraction abdominale et un positionnement des lèvres en « bouche de poisson » (Fig. 2). Il ne paraissait ni inconfortable ni nauséux. Au contraire, perdu dans sa rumination, il était manifestement satisfait. Une alimentation entérale exclusive fut instaurée pendant trois semaines suivie d'une reprise très progressive de l'alimentation orale. En parallèle, le bébé a bénéficié d'un maternage intensif assuré par des soignants référents. Une prise en charge psychologique enfant-parents débuta. L'amélioration fut spectaculaire : reprise de poids et restauration progressive du contact. Ce contact s'intégrant dans un comportement d'avidité affective resta longtemps fuyant et indifférencié. Même porté, les ruminations reprenaient dès



Fig. 2. Photo de l'enfant R. à l'âge de 15 mois. À noter le regard fixe et la succion du pouce permettant le siphonage du bol alimentaire et sa rumination.

qu'il sentait le moindre relâchement dans l'attention qu'on lui portait. Toute nourriture était convoitée et absorbée goulûment. Il abandonna peu à peu ses ruminations, instaura des relations différenciées, manifesta ses émotions, choisit une peluche comme objet transitionnel. Le rattrapage psychomoteur fut lent mais régulier. R. quitta l'hôpital à l'âge de 21 mois pour un placement nourricier spécialisé. Il s'y montra d'abord très tonique, vorace et en constante demande alimentaire. Il retourna au domicile familial trois ans plus tard et se développe depuis sans difficulté apparente, tant au plan affectif que cognitif.

1.2. Observation n° 2

B. est le deuxième enfant d'un couple avec divergences culturelles et difficultés de communication importantes. Il a été transféré dans le service à l'âge de sept mois pour vomissements et cassure de la courbe pondérale évoluant depuis trois mois. Cet enfant avait déjà subi de nombreuses explorations de son hypotrophie au cours de trois précédentes hospitalisations dans d'autres hôpitaux. Le diagnostic retenu était celui d'un reflux gastro-oesophagien avec oesophagite. Malgré un traitement adéquat, la symptomatologie s'est aggravée. À l'arrivée, il pesait 6,5 kg (-2DS) et mesurait 70 cm (+1DS). C'était un enfant craintif, silencieux, ne jouant pas. Spontanément, il gardait deux doigts dans la bouche ou les mains jointes devant lui. Le mérycisme fut d'emblée constaté par les soignants bien que l'enfant ne le manifestât que peu lorsqu'il était entouré. Ce comportement fut confirmé par sa mère qui décrivit des remontées alimentaires en bouche qu'il ravalait ou rejetait, accompagnées d'un bruit laryngé « comme si un obstacle le gênait » et qu'il était alors « tout mou »; cela se passant surtout en dehors de sa présence immédiate. Elle signala un curieux mouvement des lèvres qu'elle reproduisit, en fait, le mâchonnement caractéristique du mérycisme.

Un traitement par oméprazole associé à une alimentation orale enrichie et à une prise en charge psychologique de la mère et son bébé ont permis l'amélioration rapide de la symp-

tomatologie. En quelques jours, les ruminations disparurent et la prise de poids se réamorça. L'enfant prit deux kilogrammes en un mois et son développement psychomoteur redémarra. La sortie fut organisée avec une consultation psychologique mère-enfant et un suivi médico-social. Une nouvelle hospitalisation fut nécessaire trois mois plus tard pour une rechute concomitante de l'arrêt du traitement anti-reflux et de la fermeture estivale de la consultation mère-bébé. Dans l'intervalle, si les ruminations avaient cessé, subsistaient des bruits laryngés et quelques remontées alimentaires. Au décours de cette nouvelle hospitalisation, la guidance familiale fut renforcée. L'amélioration apparaît durable avec un recul de deux ans. Le développement psychomoteur et le langage sont satisfaisants, mais il persiste un comportement modérément hyperactif et boulimique dont témoigne la croissance pondérale (poids à +2,5 DS).

2. Commentaires

Comme l'illustrent nos deux observations, le mérycisme du nourrisson se produit habituellement quand l'enfant est seul (ou ne se sent pas observé) expliquant le fréquent retard au diagnostic. Il peut se définir en trois temps :

- Le premier dans un comportement volontiers boulimique,
- le deuxième dans un retour en bouche partiel et contrôlé,
- le troisième dans un mâchonnement suivi d'une réabsorption ou d'un écoulement passif de nourriture par la bouche.

Cette dernière étape, visible de l'entourage, fait souvent passer le bébé méryciste pour un bébé vomisseur. Le mérycisme est un reflux pour une part de sa définition, mais un reflux volontaire et bien contrôlé, nullement déplaisant. Le développement global du bébé est généralement atteint avec restriction progressive de tout intérêt autre que l'activité méryciste, stagnation voire régression des acquisitions, et altération du contact. Le regard est avide, « comme un radar » selon l'expression de Richmond et al. [3].

Le mérycisme est une pathologie rare traduisant une carence affective profonde ou un trouble de la relation mère-bébé [1,3,5]. La psychopathologie maternelle (psychose, dépression, trouble de la personnalité) n'est ni constante ni spécifique et les soins maternels observés vont des plus négligents aux plus anxieux. Le traitement associe les mesures médicales qu'impose l'état somatique de l'enfant (traitement prokinétique et antiacide, réhydratation et renutrition) et des soins psychologiques spécifiques (maternage de l'enfant désignant un portage physique de l'enfant comme la capacité du référent à répondre à ses besoins profonds [1,6–8] et/ou approche psychothérapique centrée sur la relation mère-bébé, parents-bébé [5,6]). Les récurrences sont rares. Aucune évolution létale n'est relatée depuis une cinquantaine d'années, mais un biais de non-diagnostic ou de publication n'est pas impossible. À long terme, ces enfants n'ont pas plus d'évolution pathologique que leurs semblables [6]. Ils sont souvent décrits avec un grand désir d'autonomie et une intolérance à la frustration.

Plusieurs éléments psychodynamiques peuvent être proposés. Tout d'abord, le mérycisme du nourrisson soulève un paradoxe : bien que débutant dans les premiers mois de vie de l'enfant, il fait appel à une praxie très élaborée au regard des capacités motrices du bébé. Cette avance motrice en secteur est mise au service d'un fonctionnement à contrario. Les autres secteurs de développement sont au contraire laissés pour compte, regard et motricité générale ne participent plus à la relation. Le langage est systématiquement atteint. De plus, alors que les bébés de cet âge ont une oralité essentiellement antérieure, mobilisant les lèvres et la pointe de la langue, le bébé méryciste surinvestit la région postérieure de la cavité buccale et l'oeso-pharynx (le retour en bouche et la mastication faisant travailler principalement cette région postérieure). Le bébé en souffrance s'autostimule, et retire de son fonctionnement en autarcie une satisfaction manifeste. Le mérycisme devient mortifère quand il envahit tout l'horizon de l'enfant, le mettant en risque vital.

« Un bébé, ça n'existe pas ». Par cette formule lapidaire, Winnicott [9] réaffirme l'existence d'une dyade mère-bébé indissociable. Dans nos deux observations, R. et B., avec une mère discordante pour l'un, anxiodépressive pour l'autre, se trouvaient être des enfants psychologiquement sans mère : leur mère était bien réelle et présente mais indisponible. Cette déprivation les a propulsés dans un fonctionnement trop tôt autonome. En réponse à leurs besoins affectifs non assouvis, ces bébés ont eu recours à une sensorialité exacerbée. La situation du *still face* [10] démontre que les bébés, confrontés au regard volontairement inexpressif de leur mère, commencent par la solliciter puis, en l'absence de réaction, s'agitent avant de se détourner et de se replier sur eux-mêmes. Si les conditions du visage maternel figé sont ici expérimentales, elles rejoignent la clinique du deuil ou de la dépression. Ces bébés hors de l'attention maternelle se mettent hors d'atteinte. R. était ce bébé étrange que sa mère, au terme d'une grossesse longtemps niée, répugnait à toucher tant la texture de sa peau lui semblait désagréable. Les soins maternels étaient d'emblée limités au strict nécessaire sans le plaisir d'un contact mutuel. Sa pathologie digestive de bébé rejeteur prolongeait l'absence de contact initial et amplifiait l'angoisse de sa mère. Il devenait pour elle un enfant phobogène, menaçant et persécuteur, celui qui allait montrer qu'elle n'était pas une bonne mère. Dans la terreur des rejets et l'obsession du poids (où perte de poids équivalait à hospitalisation et signalement), elle s'opposait à toute intervention d'un tiers et mettait en échec toute aide. L'étrange bruit dans la gorge de B., les « vomissements » et la perte de poids terrorisaient sa mère qui anticipait la mort de son enfant. Elle appréhendait avec finesse mais impuissance l'ensemble des indices de dysfonctionnement orodigestif pour ne plus considérer que ceux-ci. Les soins maternels s'organisaient sur un mode obsessionnel qui excluait l'affectif et le ludique. Ainsi, se rendant au domicile de B., les intervenants sociaux constataient une absence totale de jouets. Les pères des deux enfants étaient, quant à eux, en retrait et peu soutenant envers leurs femmes dont ils disqualifiaient la fonction maternelle.

3. Conclusion

Seuls deux cas de mérycisme typique ont été diagnostiqués en 12 ans dans une unité spécialisée dans les troubles du comportement alimentaire du jeune enfant. Ce diagnostic rare est néanmoins à connaître. Le mérycisme relève d'une perturbation sévère des liens affectifs du très jeune enfant et révèle une grande détresse psychique. Une hospitalisation s'avère le plus souvent nécessaire pour mettre en évidence le trouble et pour initier le traitement. Sur le plan médical, une nutrition entérale peut se révéler nécessaire. Maternage de l'enfant par un tiers-référent, et approche psychothérapique du lien mère-bébé (incluant le père) sont utilisés séparément ou conjointement. Quelques-unes des manifestations du bébé peuvent lui permettre de relancer une dynamique relationnelle tels l'avidité affective et le recours à un objet transitionnel. La reprise de poids est l'élément d'amélioration le plus concret et le mieux objectivable. Reconnu et traité, le mérycisme cesse complètement et ne compromet pas le développement général futur de l'enfant.

Pathologie du manque, le mérycisme infantile témoigne étonnamment des besoins affectifs des bébés.

Références

- [1] Fleisher DR. Infant rumination syndrome: report of a case and review of the literature. *Am J Dis Child* 1979;133:266–9.
- [2] Guedeney A. De l'actualité du mérycisme à l'actualité de la dépression précoce : une revue critique de la littérature et une hypothèse psychopathologique. *Psychiatr Infant* 1995;38:345–63.
- [3] Richmond JB, Eddy E, Green M. Rumination: a psychosomatic syndrome of infancy. *Pediatrics* 1958;22:49–55.
- [4] Sauvage D, Leddet I, Hameury L, et al. Infantile rumination. Diagnosis and follow-up study of twenty cases. *J Am Acad Child Psychiatr* 1985;24:197–203.
- [5] Kreisler L. Conduites alimentaires déviantes du bébé. In: Lebovici S, Diatkine R, Soulé M. *Traité de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. PUF (Coll. Grands traités); 1995. p. 2074–92.
- [6] Brunod R. Jeux interdits du nourrisson (à propos de six cas de mérycismes sévères). *Psychiatr Infant* 1989;32:451–94.
- [7] Brunod R, Baudon JJ. Mérycismes graves du nourrisson. *Arch Fr Pediatr* 1991;48:253–6.
- [8] Whitehead WE, Drescher VM, Morrill-Corbin E, Cataldo MF. Rumination syndrome in children treated by increased holding. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1985;4:550–6.
- [9] Winnicott DW. *De la pédiatrie à la psychanalyse, petite bibliothèque*. Payot. 1978.
- [10] Tronick E, Als H, Adamson L, et al. The infant's response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interaction. *J Am Acad Child Psychiatry* 1978;17:1–13.