

# Réunion du réseau d'épidémiologie et de recherche

## Projets de recherche et travaux

---

**Lille, 10 mai 2016**





# Mise en place des projets d'étude et de recherche

L'auteur du projet indiquera :

- La question précise à laquelle le projet permettra de répondre.
- L'état des connaissances sur ce sujet.
- La durée prévisible du travail.
- La logistique de mise en œuvre et les éventuelles collaborations (multi, bi centrique).
- Le financement et les demandes éventuelles de subvention.

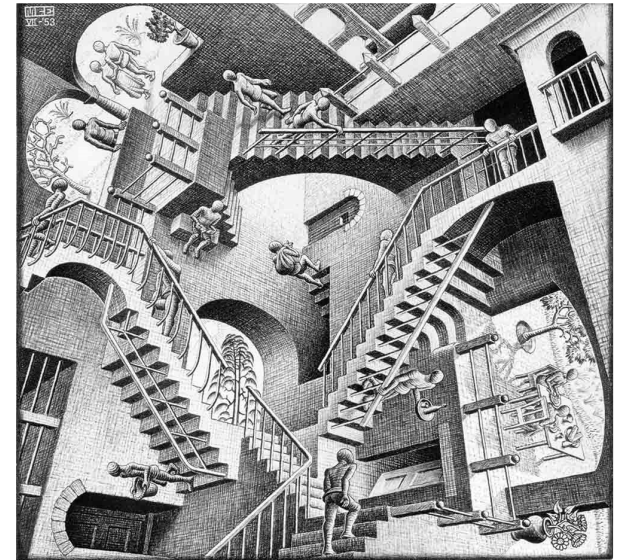
# Recommandations pour la mise en place des projets d'étude et de recherche

1. Le projet d'étude soumis par son promoteur
2. Deux rapporteurs vont étudier le projet
3. Le projet est présenté à l'ensemble des membres du comité de pilotage pour avis décisionnel
4. Diffusé au sein du réseau ou des Centres concernés





# Registre 2008



- **Esophageal atresia. Data from a national cohort**  
*R. Sfeir, et al. J Pediatr Surg 2013 ;48:1664-9.*
- **One-year outcome of oesophageal atresia: results from the French national register.** *A. Schneider et al. Orphanet J Rare Dis 2014;9:206.*
- **Risk factors for morbidity and mortality in esophageal atresia type III: data from a population based register.**  
*R. Sfeir et al. (en cours de rédaction) 3rd International Conference on Esophageal Atresia, Rotterdam, The Netherlands.*

# Does prenatal diagnosis modify neonatal management and neonatal outcome of children with oesophageal atresia ?

C. Garabedian, Lille. Am J Obstet Gynecol 2014.



Thèse :Le diagnostic anténatal modifie-t-il la prise en charge et le devenir à 1 an des enfants suivis pour une atrésie de l'œsophage. Lille, le 11 avril 2014.

3rd International Conference on Esophageal Atresia, Rotterdam, The Netherlands.  
(Soumis)



# Atrésie de l'œsophage : anastomose différée.

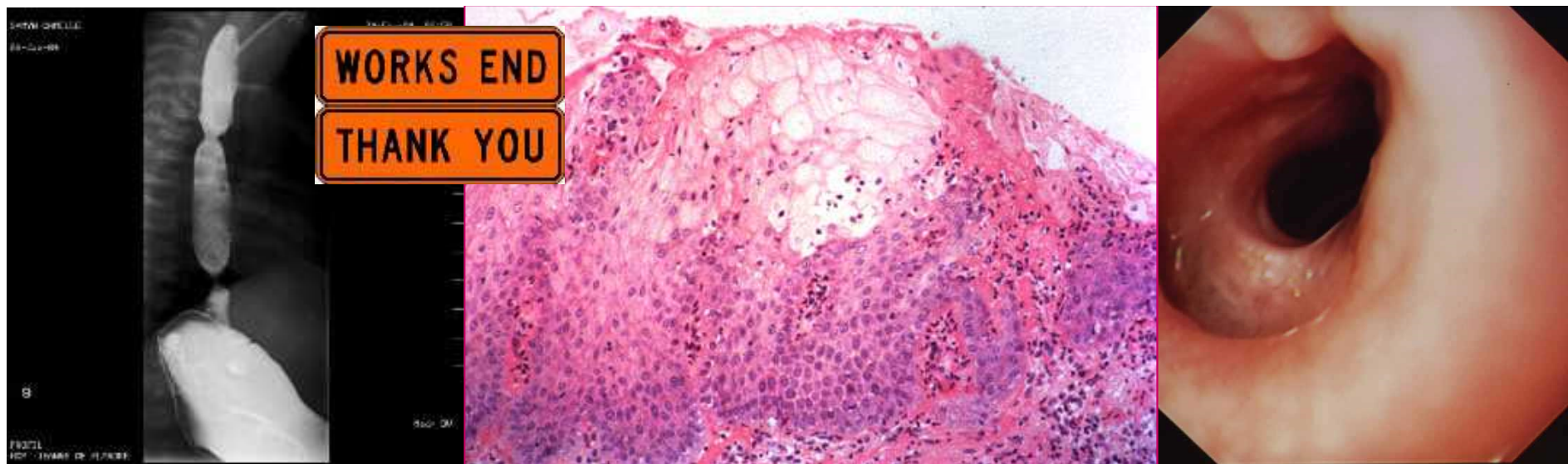
B. Parmentier, F. Auber, Trousseau, Paris.



Thèse : Série d'atrésies de l'œsophage long gap opérées en France entre 2008 et 2010 : analyse des pratiques et du suivi. Paris, le 19 mai 2014.

3rd International Conference on Esophageal Atresia, Rotterdam, The Netherlands.  
En cours de rédaction





**Characteristics and management of congenital esophageal stenosis: findings from a multicenter study.**

**Orphanet J Rare Dis. 2013.**

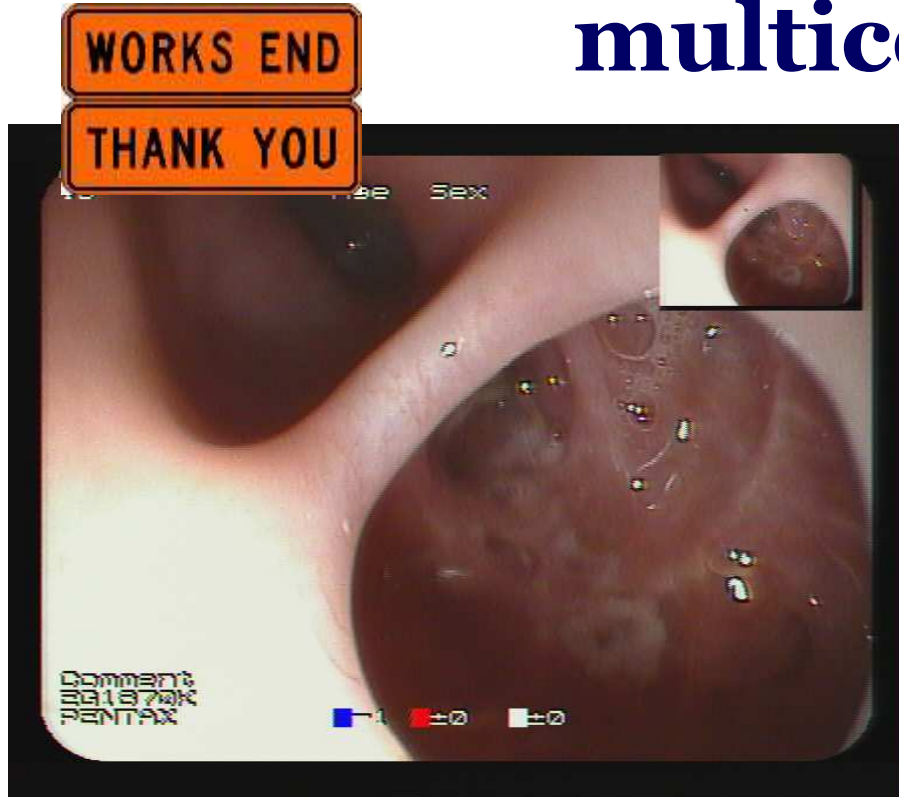
L. Michaud, F. Coutenier, G. Podevin, A. Bonnard, F. Becmeur, N. Khen-Dunlop, F. Auber, A. Maurel, T. Gelas, M. Dassonville, C. Borderon, A. Dabadie, D. Weil, C. Piolat, A. Breton, D. Djeddi, A. Morali, F. Bastiani, T. Lamireau, F. Gottrand.

**Prevalence of barrett's esophagus in adolescents and young adults with esophageal atresia: preliminary results.**

**Surgery 2015.**

A. Schneider, F. Gottrand, F. Becmeur, J.L. Michel, A. Lachaux, L. Bridoux, P. Philippe, Y. Vandenplas, M. Bellaiche, T. Petit, L. Muyshont, C. Faure, J. Gaudin, J.L. Ginies, A. Breton, D. Caldari, S. Colinet, E. Sokal, E. Leteurtre, L. Michaud.

# Recurrent tracheoesophageal fistula in esophageal atresia: a multicenter study.



Etude rétrospective :  
53 patients inclus.

3rd International Conference on Esophageal Atresia, Rotterdam, The Netherlands.  
En cours de rédaction. M. Révillon.



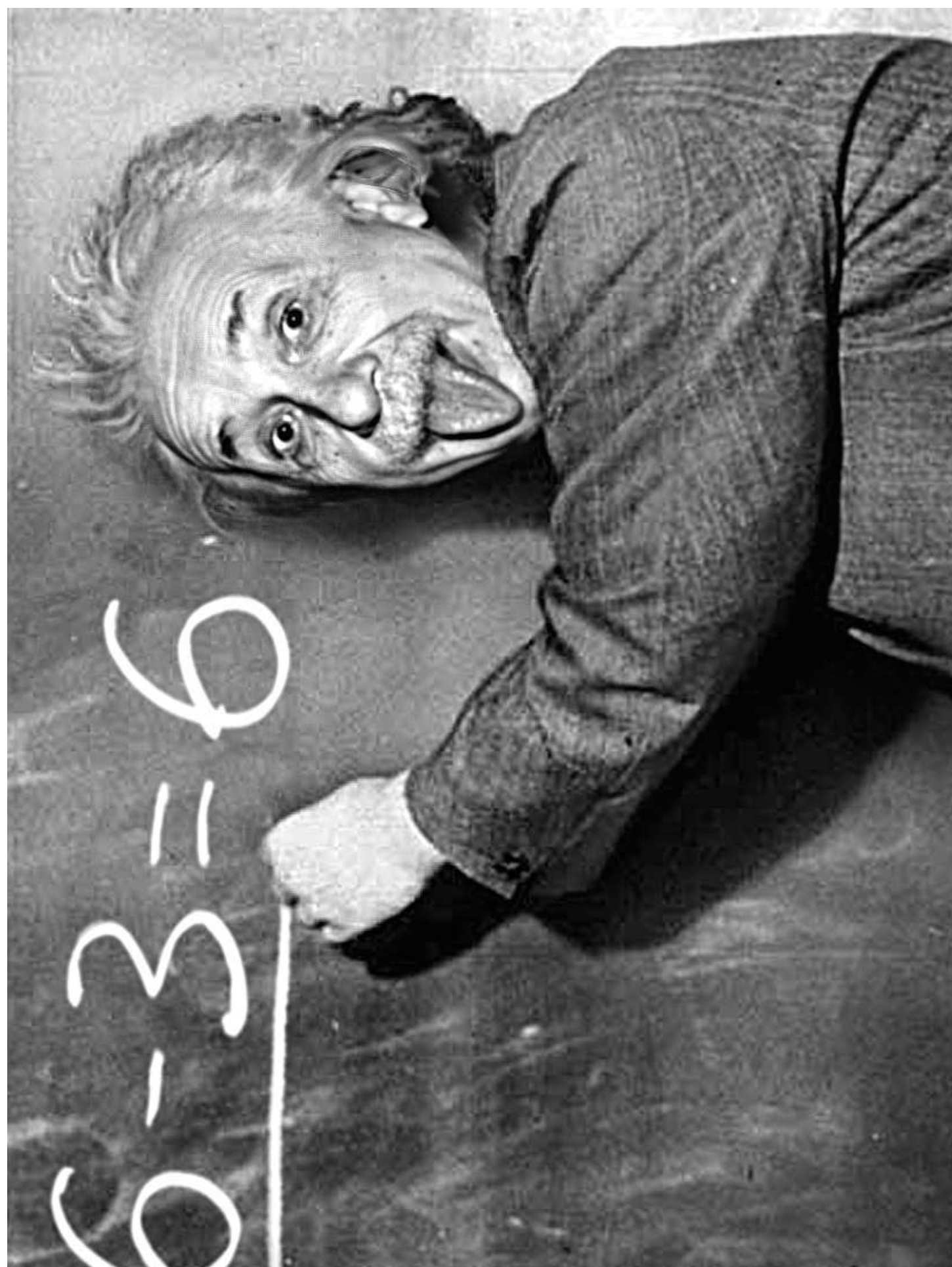
# Travaux en cours

**Dumping syndrome. M. Amar, Lille**

**Etude des anomalies squelettiques thoraciques après cure chirurgicale de l'atrésie de l'œsophage. G. Podevin, Angers**

**Atrésie de l'œsophage chez les nouveau-nés de moins de 1500g en France : étude épidémiologique, état des lieux de la prise en charge, recherche de facteurs pronostiques. S. Etienne, T. Gelas, S. Blanc, P-Y. Mure, Lyon.**

**Devenir à l'âge de 6 ans d'une population d'enfants opérés à la naissance d'une atrésie de l'œsophage. L. Michaud, Lille.**





# Travaux à venir

Impact de l'atrésie de l'œsophage sur le développement socio-émotionnel des jeunes enfants et le vécu de leurs parents. **N. Coulon**. Villeneuve d'Ascq.

FEED-EASY (FEEding Disorder in children with Esophageal Atresia StudY). **A. Pham, E. Dugelay, V. Leblanc, J-P. Hugot, A. Bonnard, M. Bellaiche**. Paris, Robert Debré.

Achalasie de l'œsophage.  
Limoges



# **Fréquence et caractéristiques du Dumping Syndrome après opération de l'atrésie de l'œsophage de types III et IV**

# Hypothèse

**Dumping syndrome est plus fréquent chez les sujets aux antécédents de chirurgie anti-reflux**

**Le dumping syndrome semble plus fréquent chez les enfants aux antécédents d'AO**

**Results of the operative treatment of gastroesophageal reflux in childhood with particular focus on patients with esophageal atresia. Holschneider et al. Eur J Pediatr Surg 2007.**

**Dumping syndrome after esophageal atresia repair without antireflux surgery. J Pediatr Surg 2010. L. Michaud et al. J Pediatr Surg.**

# Objectifs de l'étude

- **Principal**

Evaluer la prévalence à l'âge de 3 mois du dumping syndrome dans une population d'enfants opérés d'une atrésie de l'œsophage de type III ou IV

- **Secondaires**

Décrire les symptômes cliniques du DS

Rechercher l'existence de corrélations entre les modalités d'intervention chirurgicale et la survenue d'un DS

# Perspectives

- Optimiser la prise en charge
- Eviter les errances diagnostiques et retards de prise en charge
- Développement, croissance, qualité de vie
- Recherche systématique dans le suivi habituel ?

# Devenir à l'âge de 6 ans d'une population d'enfants opérés à la naissance d'une AO.

- But de l'étude :
- Evaluer à l'âge de 6 ans (CMD) la prévalence des troubles digestifs hauts (présence d'un RGO et/ou une dysphagie) dans la cohorte des 463 enfants nés avec AO en 2009 2010 et 2011 inclus dans le registre.
- Objectifs secondaires :  
Evaluer la qualité de vie, l'état nutritionnel et la fréquence des complications respiratoires.  
Identifier les facteurs associés à la survenue des troubles digestifs ou respiratoires.

**Devenir à l'âge de 6 ans d'une population d'enfants opérés à la naissance d'une AO.**

- **Méthodologie :**

**Fiche de recueil complétée pour chaque enfant afin d'évaluer :**

- **la présence d'une dysphagie et du RGO (histoire naturelle du RGO de la naissance à 6 ans).**
- **la qualité de vie et la présence de manifestations respiratoires (évaluées par questionnaires)**
- **l'état nutritionnel mesuré par le calcul du Z-Score du poids/taille et du BMI.**

**Devenir à l'âge de 6 ans d'une population d'enfants opérés à la naissance d'une AO.**

- **Résultats attendus:**

**Connaître l'histoire naturelle de l'AO en population générale**

**Rechercher des facteurs liés à la sévérité**

- ★ **du RGO,**
- ★ **de la dysphagie,**
- ★ **des manifestations respiratoires.**



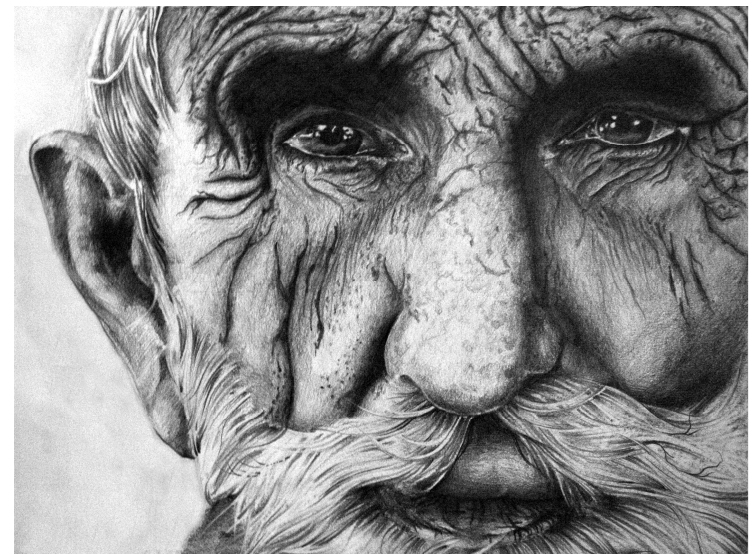
Devenir à l'âge de 6 ans d'une population d'enfants opérés à la naissance d'une AO.

- Perspectives : Poursuivre le suivi de cette cohorte unique jusqu'à l'âge adulte

Mieux connaître l'évolution naturelle

★ du RGO

★ de ces complications

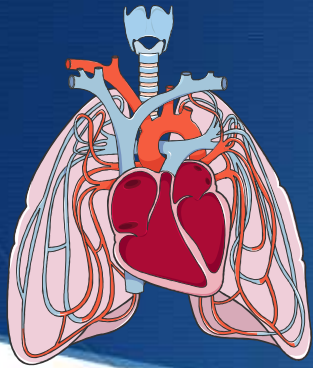


# LES ANOMALIES SQUELETTIQUES THORACIQUES APRES CURE D'ATRESIE DE L'OESOPHAGE

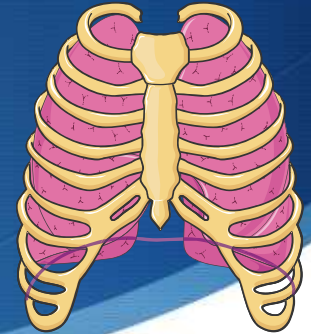
## Une étude du registre national

Bastard F.<sup>1</sup>, Rousseau V.<sup>2</sup>, Bonnard A.<sup>3</sup>, Gelas T.<sup>4</sup>, Michaud L.<sup>5</sup>, Irtan S.<sup>6</sup>, Ranke Chrétien A.<sup>7</sup>, Piolat C.<sup>8</sup>, Fouquet V.<sup>9</sup>, Becmeur F.<sup>10</sup>, Petit T.<sup>11</sup>, Dariel A.<sup>12</sup>, Lamireau T.<sup>13</sup>, Lefebvre F.<sup>14</sup>, Le Mandat A.<sup>15</sup>, Boubnova J.<sup>16</sup>, Borgnon J.<sup>17</sup>, Allal H.<sup>18</sup>, Habonimana E.<sup>19</sup>, Panait N.<sup>20</sup>, Margaryan M.<sup>21</sup>, Buisson P.<sup>22</sup>, Michel J.-L.<sup>23</sup>, Lardy H.<sup>24</sup>, Gaudin J.<sup>25</sup>, Auber F.<sup>26</sup>, De Vries P.<sup>27</sup>, Borderon C.<sup>28</sup>, Jaby O.<sup>29</sup>, Tolg C.<sup>30</sup>, Fourcade L.<sup>31</sup>, Delorme B.<sup>1</sup>, Podevin G.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> CHU ANGERS, <sup>2</sup> HOPITAL NECKER, <sup>3</sup> HOPITAL ROBERT DEBRE, <sup>4</sup> CHU LYON, <sup>5</sup> CHU LILLE, <sup>6</sup> HOPITAL TROUSSEAU, <sup>7</sup> NANCY, <sup>8</sup> GRENOBLE, <sup>9</sup> HOPITAL BICETRE, <sup>10</sup> CHU STRASBOURG, <sup>11</sup> CHU CAEN, <sup>12</sup> CHU NANTES, <sup>13</sup> CHU BORDEAUX, <sup>14</sup> CHU REIMS, <sup>15</sup> CHU TOULOUSE, <sup>16</sup> HOPITAL DE LA TIMONE MARSEILLE, <sup>17</sup> CHU DIJON, <sup>18</sup> CHU MONTPELLIER, <sup>19</sup> CHU RENNES, <sup>20</sup> HOPITAL NORD MARSEILLE, <sup>21</sup> CH LE MANS, <sup>22</sup> CHU AMIENS, <sup>23</sup> CHU DE LA REUNION, <sup>24</sup> CHU TOURS, <sup>25</sup> CHU POITIERS, <sup>26</sup> CHU BESANCON, <sup>27</sup> CHU BREST, <sup>28</sup> CHU CLERMONT FERRAND, <sup>29</sup> CH CRETEIL, <sup>30</sup> CH FORT DE FRANCE, <sup>31</sup> CHU LIMOGES



# Objectif de l'étude



Analyse des anomalies squelettiques thoraciques après cure d'atrésie de l'œsophage à partir du registre national CRACMO.

## ♦ Séries historiques:

- ♦ Déformation de la cage thoracique chez 20 à 50% des adultes<sup>1</sup>,
- ♦ 14% de scolioses secondaires avec radiographies normales à la naissance<sup>2</sup>.

## ♦ Objectif principal:

- ♦ Recenser ces anomalies et en rechercher les facteurs favorisants.

1 Sistonen et al. Pediatrics. 2009

2 Chetcuti et al. Arch Dis Child. 1989

# Matériel et méthodes

- Les services de chirurgie pédiatrique participant au registre CRACMO ont transmis :

## 1<sup>e</sup> étape:

- La dernière radiographie de thorax des patients nés entre 2008 et 2010, et inscrits dans le registre. Les clichés ont bénéficié d'une double interprétation radiologue / chirurgien.

## 2<sup>ème</sup> étape:

- Les comptes rendus des interventions thoraciques, afin de rechercher des facteurs prédictifs des séquelles squelettiques.

# Résultats

- ◆ Parmi les 32 centres ayant répondu sur 37, 326 patients ont été inclus dans l'étude sur les 397 du registre (82,1%)
- ◆ 212 anomalies squelettiques thoraciques (65% des 326)

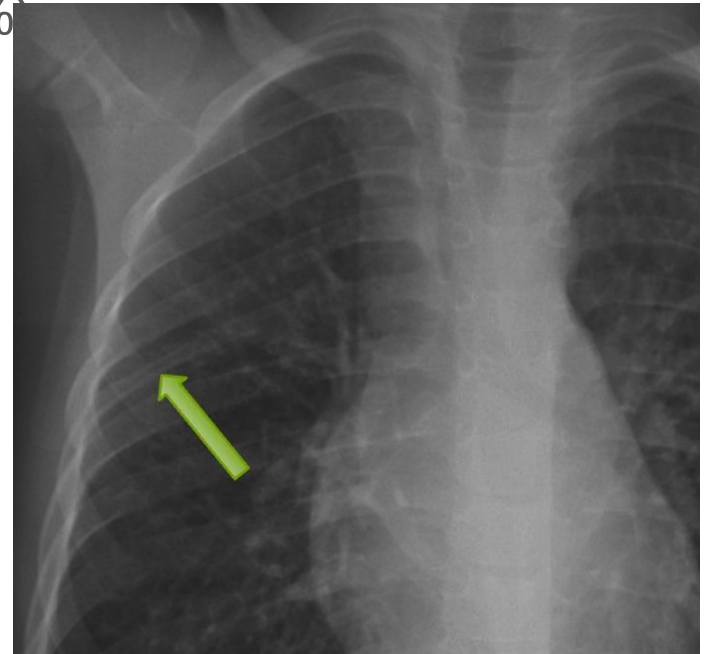
# Résultats

- ▶ Parmi les 33 centres ayant répondu sur 37, 326 patients ont été inclus dans l'étude sur les 397 du registre (82,1%).
- ▶ 212 anomalies squelettiques thoraciques (65% des 326)
  - Malformations thoraciques : 25 (7.7%) dont 14 hémivertèbres



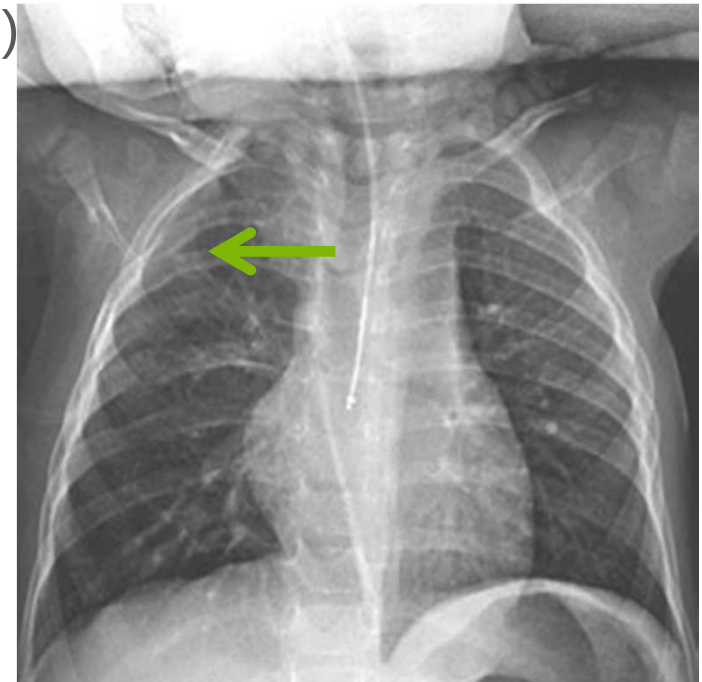
# Résultats

- ◆ Parmi les 33 centres ayant répondu sur 37, 326 patients ont été inclus dans l'étude sur les 397 du registre (82,1%).
- ◆ 212 anomalies squelettiques thoraciques (65% des 326)
  - Malformations thoraciques : 25 (7.7%) dont 14 hémivertèbres
  - Séquelles des interventions : 187 (57.4%)
    - Anomalies costales : 129 (39.6 %)



# Résultats

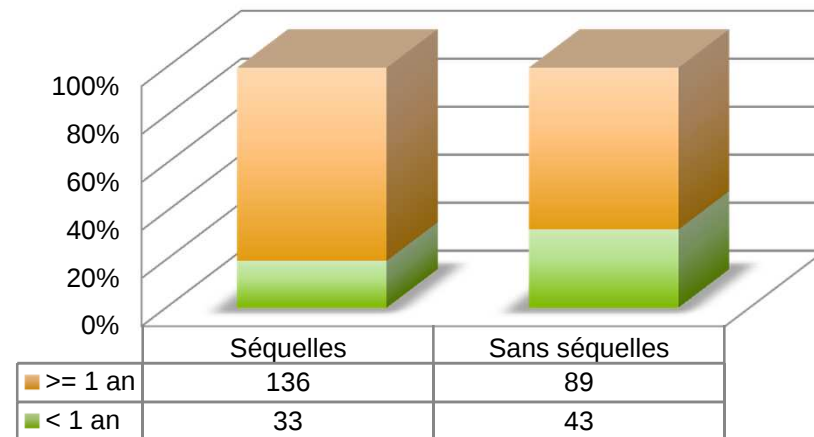
- ◆ Parmi les 33 centres ayant répondu sur 37, 326 patients ont été inclus dans l'étude sur les 397 du registre (82,1%).
- ◆ 212 anomalies squelettiques thoraciques (65% des 326)
  - Malformations thoraciques : 25 (7.7%) dont 14 hémivertèbres
  - Séquelles des interventions : 187 (57.4%)
    - Anomalies costales : 129 (39.6 %)
    - Espace intercostal : 58 (17.8%)



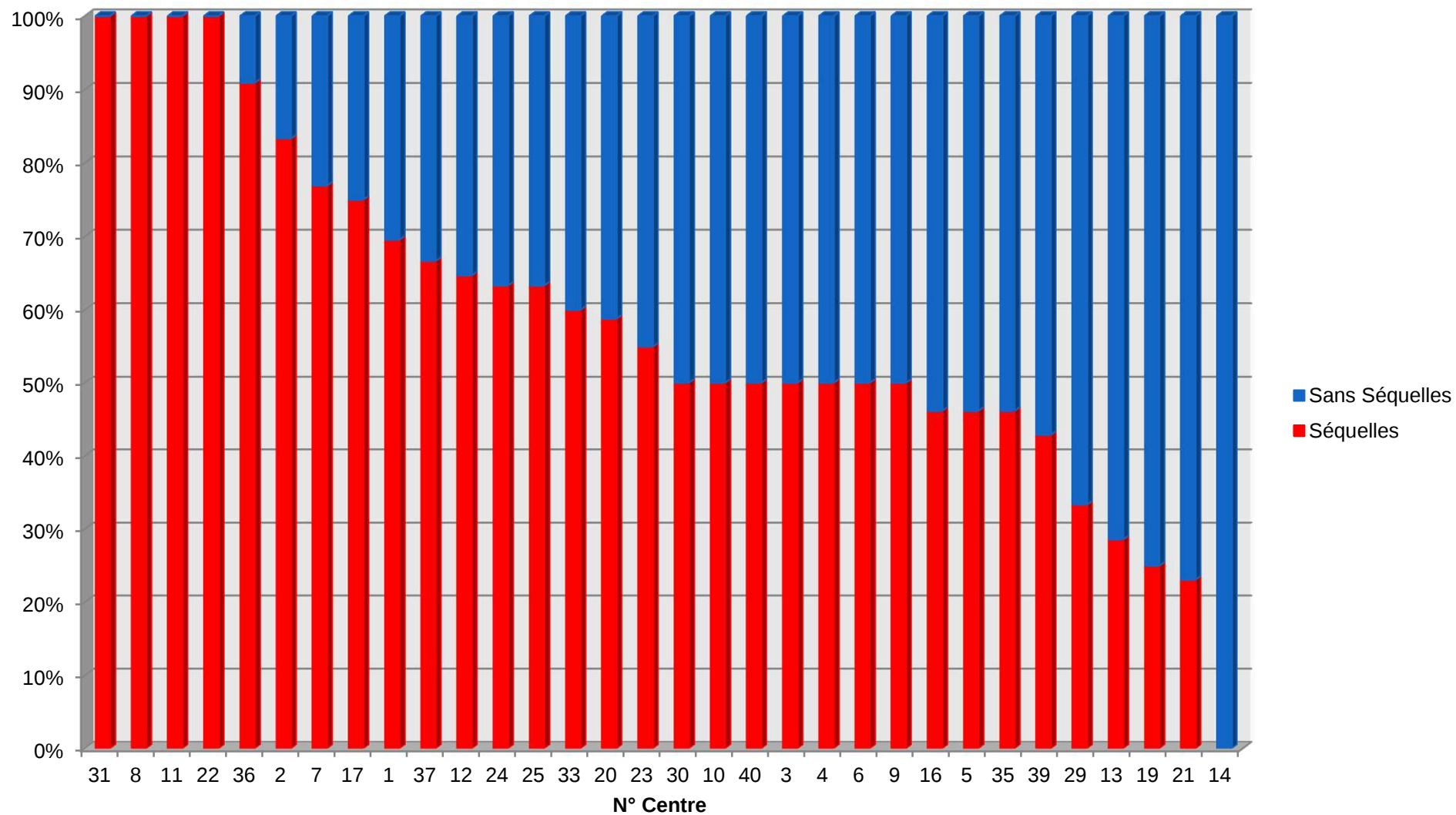
# Résultats

- Le nombre de patients avec ces séquelles :
- n'était pas influencé par:
  - l'âge à l'intervention,
  - le poids de naissance,
  - le type d'atrésie;
- Était plus fréquente sur les radios d'enfant plus âgés (43.4% vs 60,4%;  $p < 0.01$ ).

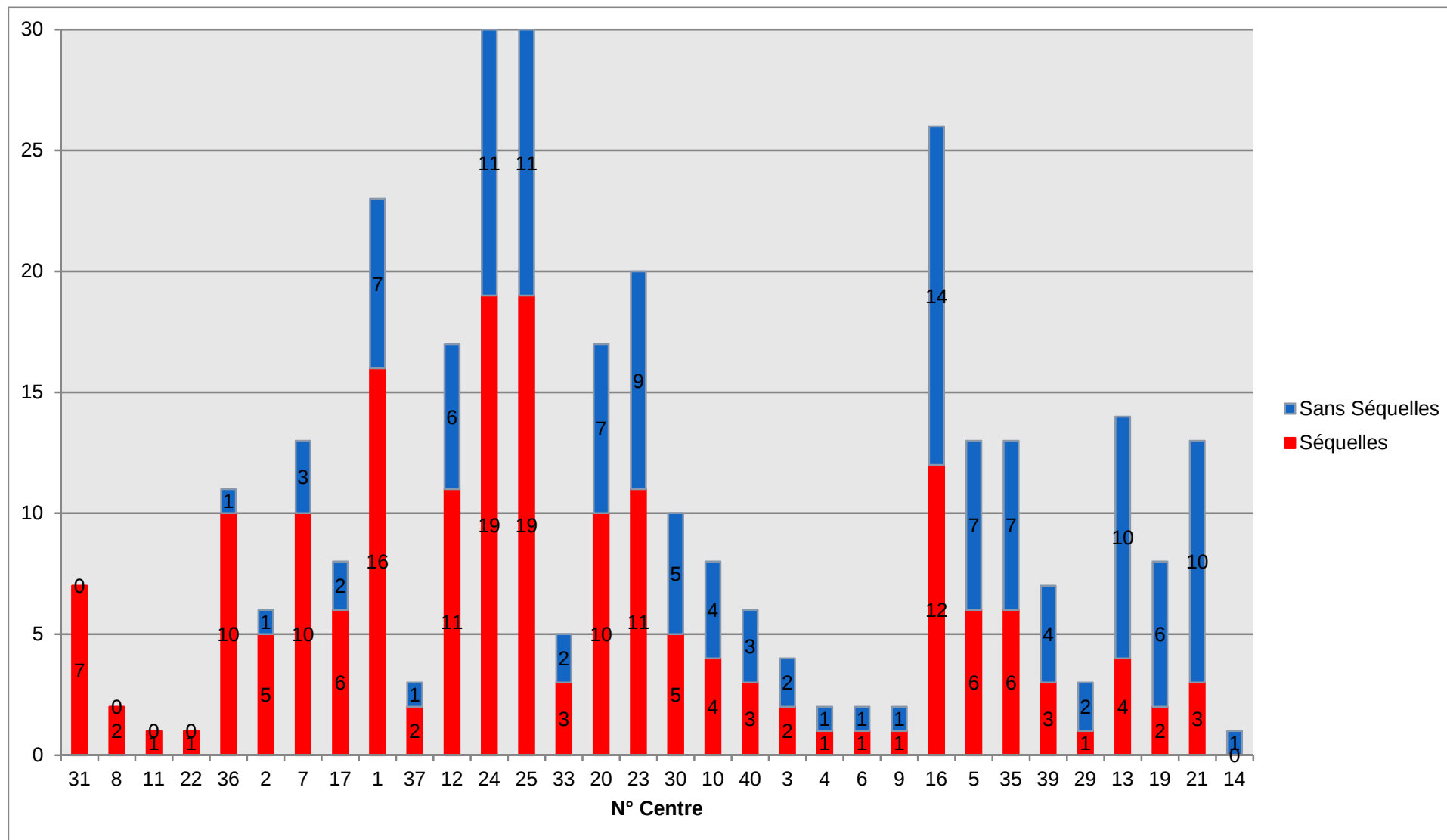
## Séquelles plus nombreuses après 1 an



# Résultats



# Résultats

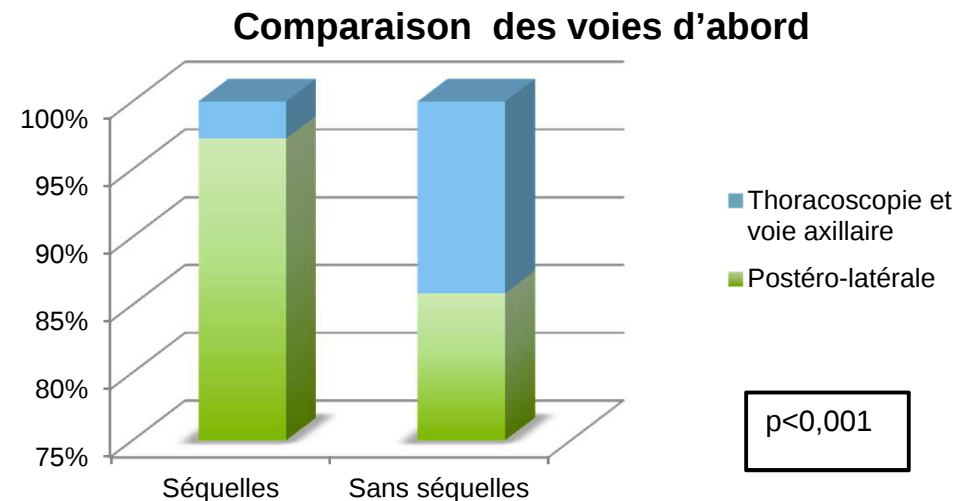
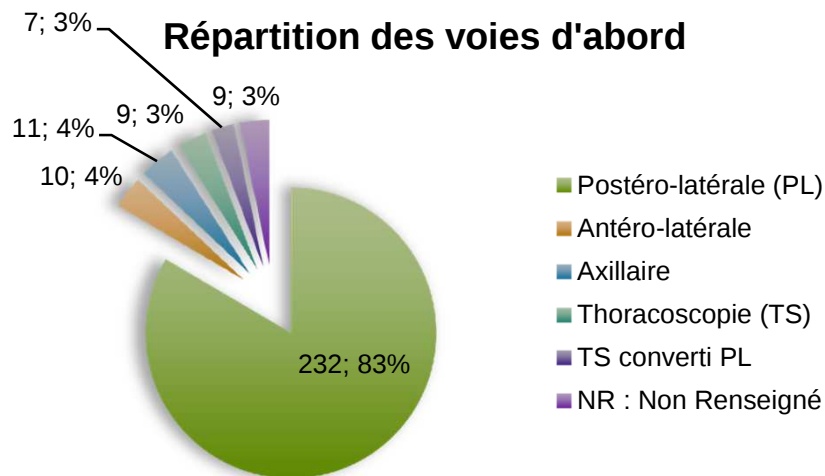


# Résultats

- ◆ 30 centres ont transmis 281 comptes rendus opératoires :
- ◆ Les résultats n'étaient pas influencé par:
  - le type d'intervention,
  - le nombre de thoracotomie,
  - l'abord intra ou extra pleurale,
  - la taille des fils utilisés pour le rapprochement costal

# Résultats

- 30 centres ont transmis 281 comptes rendus opératoires :
- Les résultats n'étaient pas influencé par:
  - le type d'intervention,
  - le nombre de thoracotomie,
  - l'abord intra ou extra pleurale,
  - la taille des fils utilisés pour le rapprochement costal



# Conclusion

- ◆ Plus de 50% des patients ont des anomalies radiologiques costales séquellaires de la thoracotomie.
- ◆ Les résultats montrent un nombre de séquelles plus importants en réalisant des interventions par voie postéro- latérale.
- ◆ Il serait intéressant de réaliser une étude prospective afin d'évaluer les conséquences fonctionnelles de ces séquelles (EFR, radiographie thoracique, ...).



# MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION



## Atrésie de l'œsophage chez les nouveau-nés <1500g : Etude épidémiologique, état des lieux de la prise en charge, recherche de facteurs pronostiques

**Thomas GELAS, Sébastien BLANC, Sara ETIENNE**  
**Service de Chirurgie Pédiatrique**  
**Hôpital Femme Mère Enfant**

10/05/2016

# Introduction

- VLBW (<1500g): 1.3 % des naissances
  - Survie: 86 %
- ELBW(< 1000g):
  - Survie: 65 %
- Prévalence de l'AO:
  - France: 1,9/10 000 naissances
  - Survie globale: 95 %

# Classification de Spitz

## ■ Groupe 1

- PN > 1500g SANS malformation cardiaque grave
- Survie 98 %

## ■ Groupe 2

- PN > 1500g AVEC malformation cardiaque grave
- PN < 1500g SANS malformation cardiaque grave
- Survie 82 %

## ■ Groupe 3

- PN < 1500g AVEC malformation cardiaque grave
- Survie 50 %

# Thèse de Médecine Dr Sara Etienne

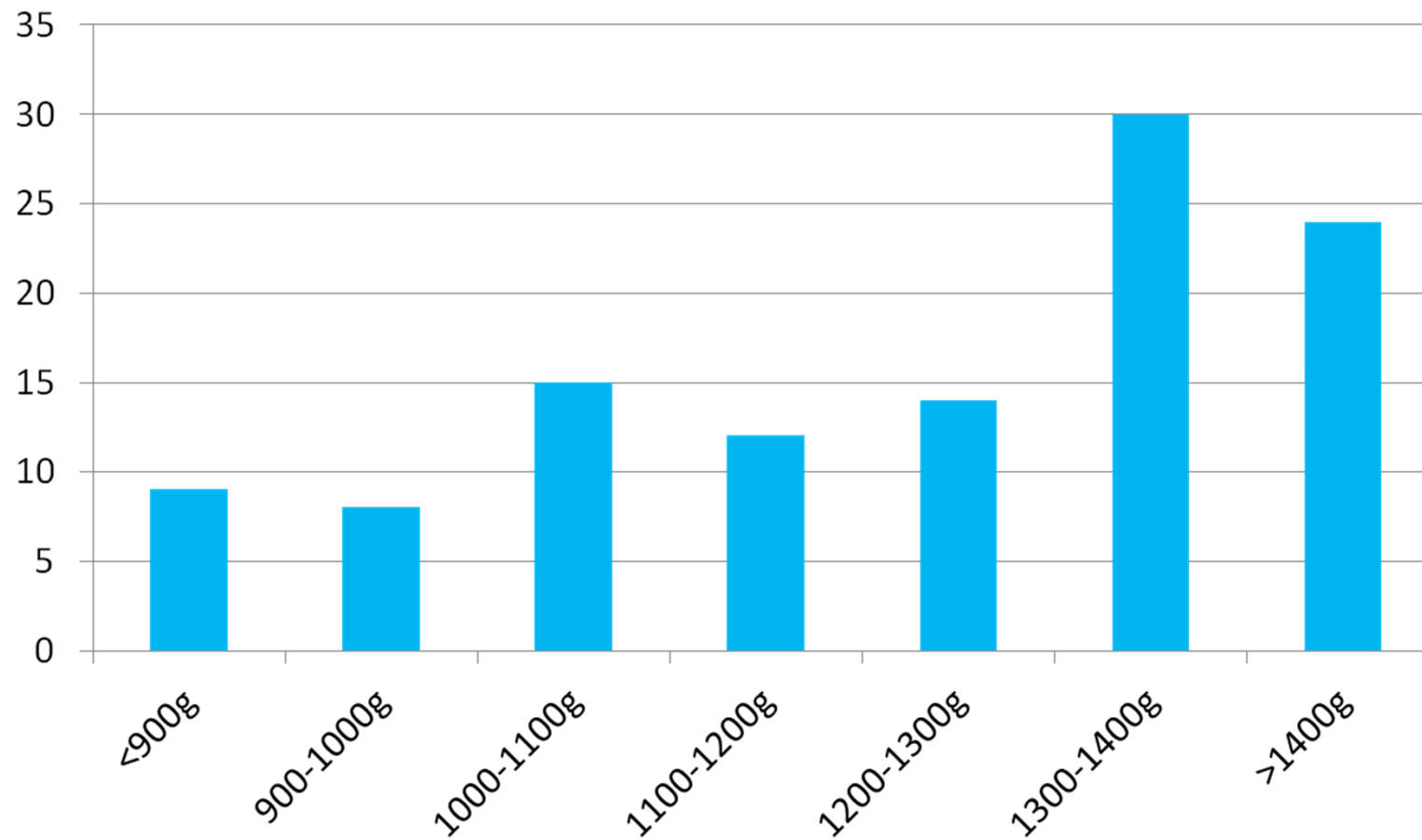
- Revue monocentrique HCL 1997-2014
- Tout type d'atrésie (avec ou sans fistule)
- 27 patients dont 6 ELBW
  - Poids médian: 1245g (600 - 1470)
  - Age gestationnel médian: 31 SA (26 – 34.4)
- Survie globale: 81 %
  - <1000g = 50%
  - 1000 - 1500g = 90% ( $p = 0.02$ )



# Registre CRACMO

- 04/2004-03/2015
- 112 patients– 63M 49 F
- Poids moyen 1216 g (550-1500g)
  - <1000 g = 17 patients (15%)
- Terme moyen 31 SA (25-37 SA)
- RCIU (<10<sup>e</sup> percentile)= 88 patients
- Anomalies cardiaques associées= 45 patients (gravité)

# Poids des patients



# Classification de Ladd

|       |                                                                                   |          |                                                                                    |          |                                                                                     |            |                                                                                     |          |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------|----------|------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------|
|       |  | <b>5</b> |  | <b>2</b> |  | <b>100</b> |  | <b>1</b> |
| VOGHT | 2                                                                                 | 3a       | 3b                                                                                 | 3c       |                                                                                     |            |                                                                                     |          |
| LADD  | I                                                                                 | II       | III                                                                                | V        |                                                                                     |            |                                                                                     |          |
| GROSS | A                                                                                 | B        | C                                                                                  | D        |                                                                                     |            |                                                                                     |          |

# Interventions

- Staged procedure= 26,7% (période 2010-2015)
- Gastrostomie= 42 patients
- Valve tubérositaire= 18 patients
  
- Thoracoscopie x 3 (924, 1420, 1260g)
- Tracheoscopie = 12 patients

# Survie globale (fiche initiale)

- 74,8% survie (28 décès)
  - Survie <1000g= 70,6% (5dcd/17)
  - 1000-1500g= 75,8%
- Poids patients DCD= 1128g
- Poids patients vivants= 1246g (p=0,02)

# Questions

- Survie globale réelle de ces patients?
- Quel est le traitement chirurgical optimal?
  - Traitement en un temps?
  - Procédure en 2 temps (Staged Procedure)?
    - Ligature de la fistule + gastrostomie
    - Anastomose oesophagienne différée (cf AO type I)
  - Place de la thoracoscopie ?
- Facteurs de risque ?

# Etude qualitative de l'impact de la naissance d'un enfant atteint d'une malformation abdomino-thoracique rare sur l'ajustement parental de la première année.

**Nathalie COULON**

Laboratoire Psychologie : Interactions, Temps, Emotions, Cognition  
EA 4072, Lille 3.



## Contexte d'émergence du projet

- Préparation de l'appel à projets SHS-2 de la Fondation Maladies Rares :
  - rencontre du CRACMO et de PSITEC avec l'appui de la FMR
  - 1<sup>er</sup> projet déposé portant sur l'atrésie de l'œsophage.
- Création de FIMATHO + nouvelles contraintes de l'appel SHS-3 :
  - 2<sup>e</sup> projet déposé intégrant la hernie diaphragmatique et l'atrésie de l'intestin grêle.
  - initialement 2 volets (conception d'un programme accompagnement puis test du programme).
- Limitation du projet à la demande de la FRC du CHRU de Lille.

## AO, HDC et AIG : des points communs

- Interventions chirurgicales néonatales précoces.
- Suivi multidisciplinaire médical et paramédical au long cours.
- Des altérations fonctionnelles fréquentes et communes : reflux gastro-oesophagien, troubles de l'oralité et de l'alimentation.
- Des hospitalisations fréquentes la première année.

## Rationnel & objectif

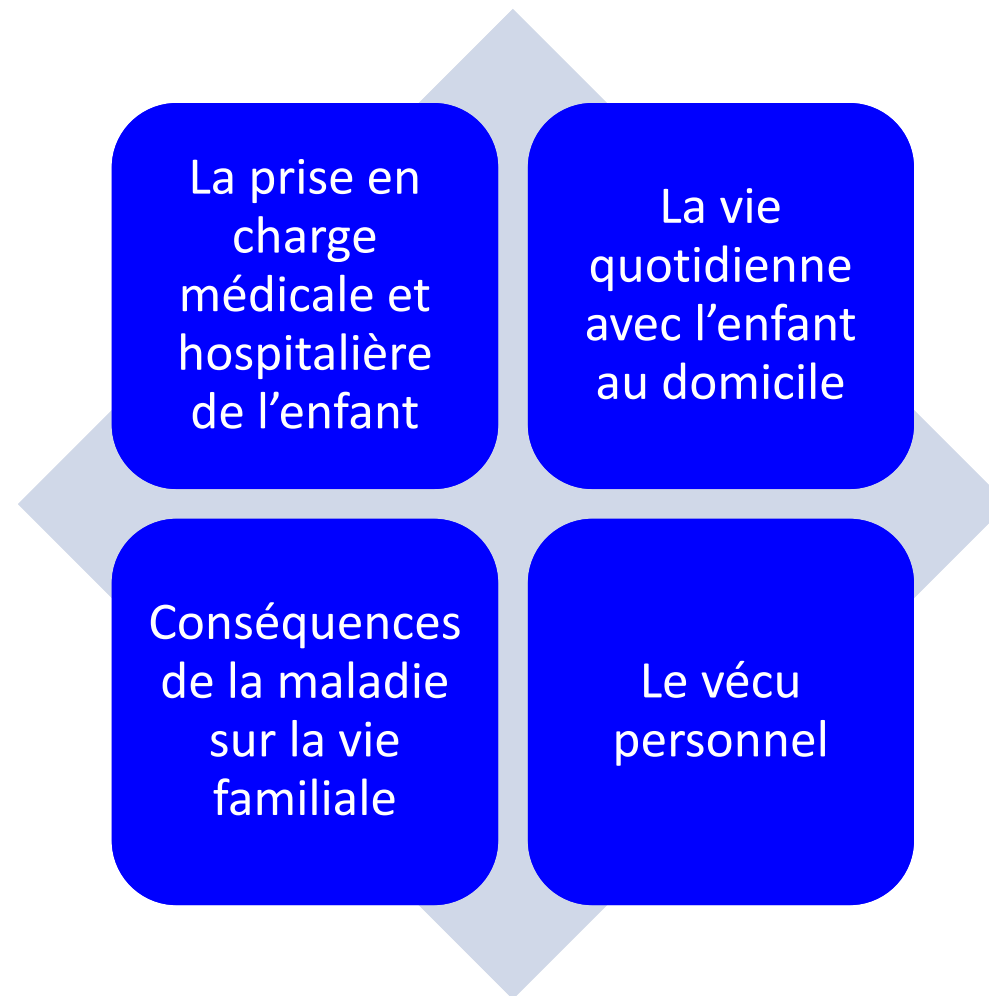
- Risque de stress chronique pour les parents.
  - Soutien des familles à l'initiative des centres de référence et des associations sans stratégie formalisée.
  - Pas de recherche sur les expériences adaptatives des parents de jeunes enfants atteints d'AO, de HDC ou d'AIG.
  - Etudes sur les maladies chroniques ou les malformations congénitales portent plus souvent sur l'expérience des mères que celle des pères.
- ➔ Etudier les expériences vécues la première année par les mères et les pères d'enfants atteints d'AO, de HDC et de AIG en repérant les facteurs qui facilitent ou rendent difficile l'ajustement parental.

## Recherche qualitative et rétrospective

- Entretiens approfondis (réalisés de visu au CHRU de Lille ou par téléphone ; enregistrés).
- Choix d'une approche inductive fondée sur une analyse par théorisation ancrée :
  - constitution d'un échantillon raisonné (homogène et diversifié) : au moins 21 mères et 9 pères ayant un enfant atteint d'une AO, HDC ou AIG âgé de 12 à 36 mois
  - recueil et analyses des données menées en parallèle jusqu'à atteinte de la saturation des données
  - discussions des analyses avec les parents (retours individuels et réunion en focus groupes) reprises pour l'analyse finale.

*« Racontez moi ce que vous avez vécu à partir du moment où le diagnostic vous a été annoncé jusqu'au 1 an de votre enfant. »*

## Principaux thèmes de l'entretien individuel



## Conclusion

- Cette recherche nous permettra
  - d'évaluer les besoins d'accompagnement
  - de concevoir un programme d'accompagnement à tester dans une recherche ultérieure.
- **Un projet avancé, mais encore plusieurs obstacles à franchir :**
  - obtenir le feu vert de la FRC du CHRU de Lille
  - obtenir l'accord du CPP...



# FEED *easy*

## FEEding Disorders in children with Esophageal Atresia StudY

PHAM A., ECOCHARD-DUGELAY E., LEBLANC V., HUGOT J-P., BONNARD A., CRACMO, BELLAICHE M.



# Atrésie de l'œsophage et difficultés alimentaires

**15% dénutris** à 1 an. **15% dysphagie** à 1 an. Pourquoi ?

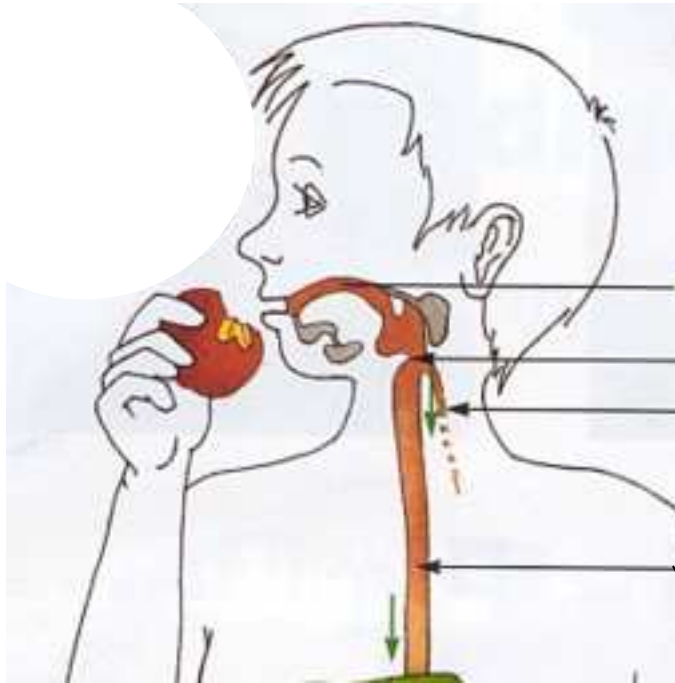
Et il n'y a pas que la dysphagie...

# FEED-EASY: Objectif principal

Etats des lieux descriptifs des **difficultés alimentaires**  
chez les enfants atteints **d'atrésie de l'œsophage à 1 an**  
(Sémiologie des difficultés et conditions associées)



# FEED-EASY: Analyse sémiologique des difficultés alimentaires



**FAUSSES ROUTES**

**BLOCAGES ALIMENTAIRES**

**FEED**  
*easy*

# FEED-EASY: Analyse sémiologique des difficultés alimentaires

## TROUBLES DE L'ORALITÉ SENSORIELLE

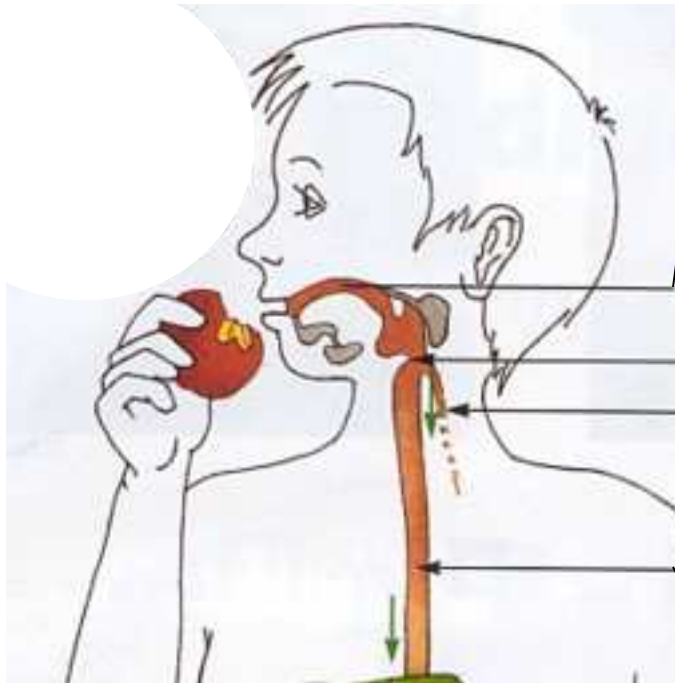
A-t-il des **nausées ou vomissements** à l'odeur, à la vue, au contact des aliments ?

**Est-il écœuré au contact** de la nourriture avec ses mains ?  
Epreuve-t-il le besoin de **s'essuyer les mains** dès qu'il touche de la nourriture ?

Explore-t-il les **objets avec la bouche** (jouets, tétine, brosse à dent) ?

**Détourne-t-il la tête** à la vue de la nourriture ?

Est-il **content** de se mettre à table ?



## FAUSSES ROUTES

## BLOCAGES ALIMENTAIRES

**FEED**  
*easy*

# FEED-EASY : Quelles sont les conditions associées à ces difficultés ?

## Fonctionnelles

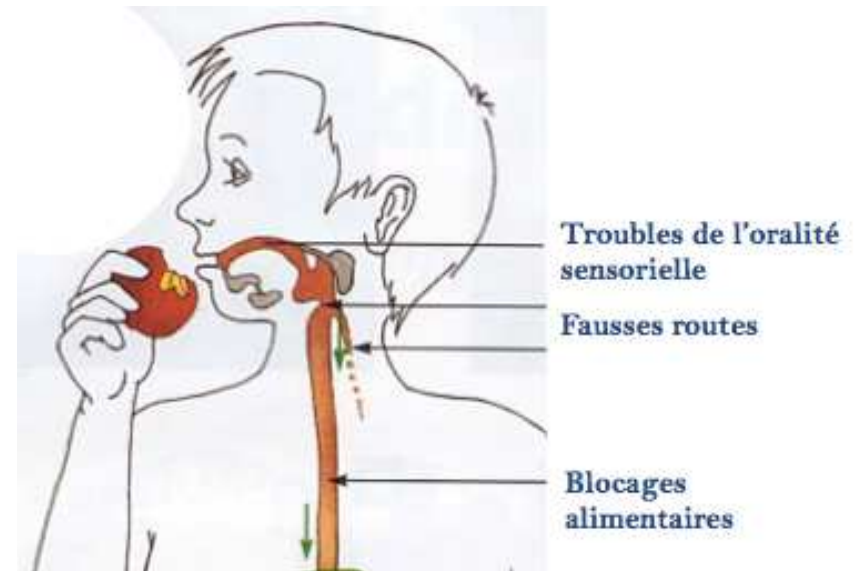
- ✓ Reflux gastro-œsophagien
- ✓ Dysmotricité de l'œsophage
- ✓ Œsophagite à éosinophiles

## Anatomiques

- ✓ Sténose de l'anastomose
- ✓ Hétérotopie pancréatique
- ✓ Sténose congénitale de l'œsophage

## Extra-digestives

- ✓ Syndrome polymalformatif
- ✓ Complications respiratoires et/ou ORL



## Parcours médical

Pederson et al. (EUROCAT), Arch Dis Child 2012  
Schneider et al., Orphanet J Rare Dis 2014  
Gottrand et al., Paediatr Respir Rev 2015  
McCann et al., DSDE 2015

**FEED**  
*easy*

# FEED-EASY: Objectifs secondaires

- ✓ Identifier les **facteurs de risque** de survenue de difficultés alimentaires

- 2 groupes:

- Groupe 1: Pas de difficultés alimentaires** : Pas de nutrition entérale à 1 an, durée des repas <30 mn, peut manger des aliments mixés, ne détourne pas la tête à la vue de la nourriture, pas de fausse-route, pas de blocage alimentaire

- Groupe 2: Difficultés alimentaires:** Tous les autres

- Analyse multivariée par régression logistique

- ✓ Estimer la **prévalence** des difficultés alimentaires chez les enfants atteints d'AO à 1 an (effet centre ?)

# FEED-EASY: Méthodes – Critères d'inclusion

- ✓ Enfants nés entre le 1<sup>er</sup> Juin 2014 et le 31 Décembre 2015
- ✓ Atteints d'atrésie de l'œsophage
- ✓ Inscrits dans le registre national CRACMO
- ✓ Pris en charge initialement dans un des 4 centres hospitaliers suivants : Armand **Trousseau** (Paris), **Necker** Enfants Malades (Paris), **Robert Debré** (Paris), CHRU **Jeanne De Flandre** (Lille)



## FEED-EASY: Méthodes – Recueil de données

- ✓ Rétrospectif
- ✓ Consultation de la base de données du registre national CRACMO
- ✓ Consultation des dossiers médicaux (50 items)
- ✓ Interrogatoire téléphonique directif, portant sur les comportements alimentaires de l'enfant à l'âge de 1 an (chez des enfants âgés de 2 ans maximum)

# FEED-EASY: Méthodes – Interrogatoire téléphonique

- ✓ A-t-il des **difficultés pour manger** ? Des **blocages** alimentaires ? **Avale-t-il de travers** ?
- ✓ La **durée** du repas est-elle supérieure à **30 minutes** ?
- ✓ Nécessite-t-il une **nutrition entérale artificielle** ?
- ✓ Boit-il des **biberons** ? Mange-t-il des **aliments mixés** ? Des **morceaux** ?
- ✓ A-t-il des **nausées ou vomissements** à l'odeur, à la vue, au contact des aliments ?
- ✓ **Est-il écœuré au contact** de la nourriture avec ses mains ? Epreuve-t-il le besoin de **s'essuyer les mains** dès qu'il touche de la nourriture ?
- ✓ Explore-t-il les **objets avec la bouche** (jouets, tétine, brosse à dent) ?
- ✓ **Détourne-t-il la tête** à la vue de la nourriture ?
- ✓ Est-il **content** de se mettre à table ?

