



Troubles digestifs du nourrisson : qu'en est-il de la qualité de vie de l'enfant ?



Expert : Dr Marc Bellaïche,
Gastro-pédiatre, hôpital Robert-Debré – Paris

Document réservé à l'usage exclusif des professionnels de santé

Édition réalisée avec le soutien institutionnel de **Gallia**

LABORATOIRE

Troubles digestifs du nourrisson : qu'en est-il de la qualité de vie de l'enfant ?

Compte rendu rédigé par le Dr Vincent Guinard-Samuel,
Nutrition et gastroentérologie Pédiatriques, Hôpital Armand-Trousseau, PARIS

Certains auteurs [1] ont suggéré que **la période des “1 000 jours”** (comprenant la période fœtale et les deux premières années de vie) constituerait **une fenêtre d'opportunité pour la programmation du développement humain**. Cette notion a été principalement développée dans l'axe de la nutrition infantile et de ses conséquences à long terme. Dans ce sillage, **il est aujourd'hui démontré que le retentissement des troubles digestifs du jeune nourrisson** (coliques et régurgitations sévères), **tant en termes de qualité de vie immédiate pour l'enfant et son entourage que sur le long terme, est important**.

Dans sa volonté de vous accompagner dans votre pratique clinique, le Laboratoire Gallia, en collaboration avec *Réalités Pédiatriques*, a organisé, le 14 octobre 2014, une session interactive sur cette thématique à laquelle ont participé de nombreux pédiatres et médecins généralistes. L'expert invité, **le Dr Marc Bellaïche, gastro-pédiatre à l'hôpital Robert-Debré à Paris**, a été interviewé par le Dr Vincent Guinard-Samuel, chef de clinique à l'hôpital Armand-Trousseau à Paris. Les médecins connectés pouvaient suivre le débat, mais surtout ils pouvaient poser directement, par Internet, leurs questions au Dr Marc Bellaïche tout au long de l'émission. **L'ensemble de ce live chat est depuis disponible sur le site www.jirp.info/livechatgallia1**

Les résultats des observatoires ADAN [2] et ARSEN [3] ont constitué un socle à la discussion, rapportant des idées nouvelles : plus de la moitié des nourrissons présentent ainsi une association de plusieurs troubles digestifs, altérant leur qualité de vie (évaluée par le questionnaire QUALIN [4]) de façon significative. En outre, il a été montré qu'un tiers de nourrissons présentant de tels troubles font l'objet d'une prescription médicamenteuse, dont la pertinence reste encore aujourd'hui discutable. **Des interventions diététiques bien ciblées pourraient en revanche améliorer la qualité de vie de l'enfant et l'anxiété de leurs parents**.

Pour coller au mieux à la réalité de ce *live chat*, le compte rendu que nous vous proposons dans les lignes qui suivent reprend un certain nombre de questions posées par les pédiatres et médecins généralistes connectés le 14 octobre 2014 et les réponses du Dr Marc Bellaïche.

Coliques du nourrisson : implications sur la qualité de vie immédiate et à long terme

1 Est-ce que les troubles fonctionnels gastro-intestinaux du nourrisson sont une maladie de société ?

Il est probable que le stress inhérent au mode de vie dans les grandes métropoles puisse favoriser la survenue des troubles fonctionnels gastro-intestinaux du nourrisson, bien qu'aucune étude ne l'ait étayé de façon formelle [5].

Mais, au-delà d'une supposée augmentation de prévalence dans nos sociétés occidentales, il existe un surinvestissement de l'intérêt porté à l'alimentation du nourrisson, considérée comme pivot par excellence de la relation mère-enfant.

Ainsi, par exemple le symptôme régurgitation, certainement banalisé dans certaines régions du monde, peut représenter pour certains parents occidentaux une manifestation d'échec de la fonction nourricière.

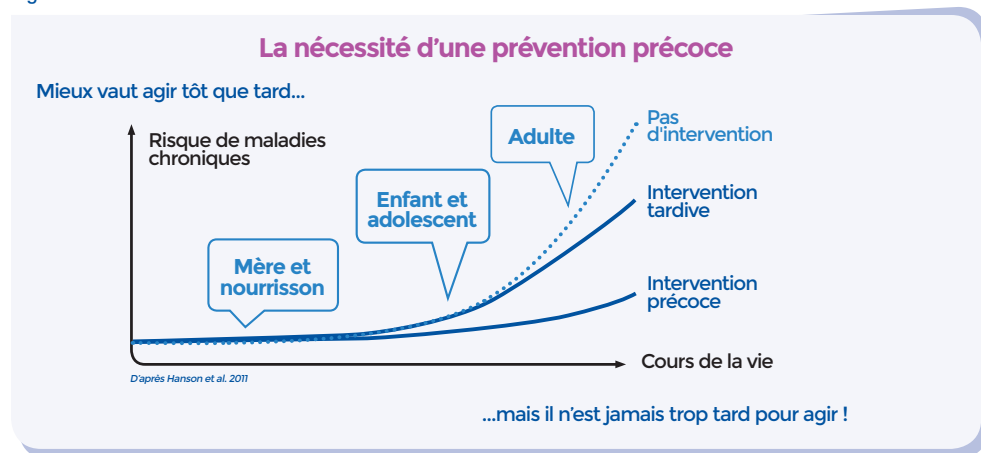
De la même façon, les pleurs pourront être appréhendés avec anxiété par certains parents, qui seront dans l'attente d'un traitement miracle pour les faire cesser, alors que pour d'autres ces pleurs seront considérés comme presque normaux.

2 Quel est l'impact de ces troubles digestifs du nourrisson sur le devenir familial et professionnel au-delà de la période des "1 000 jours" ?

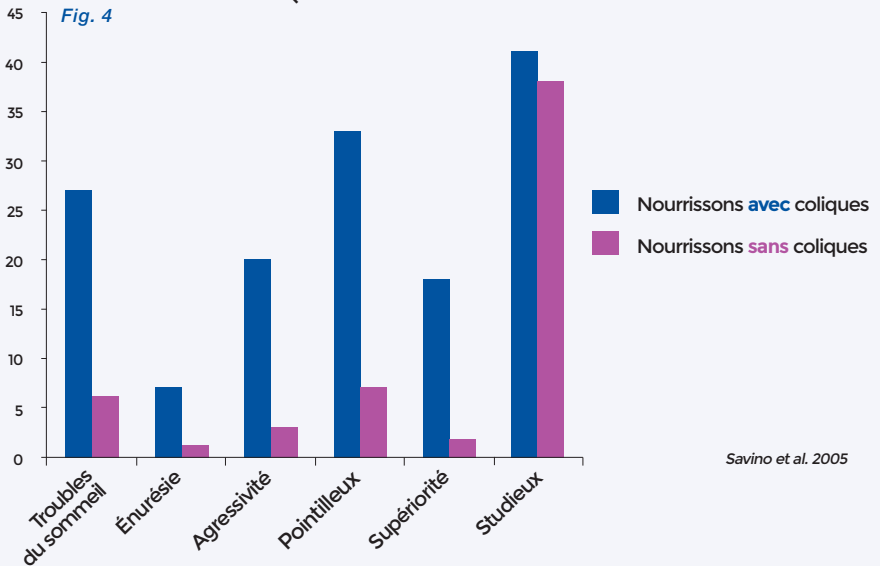
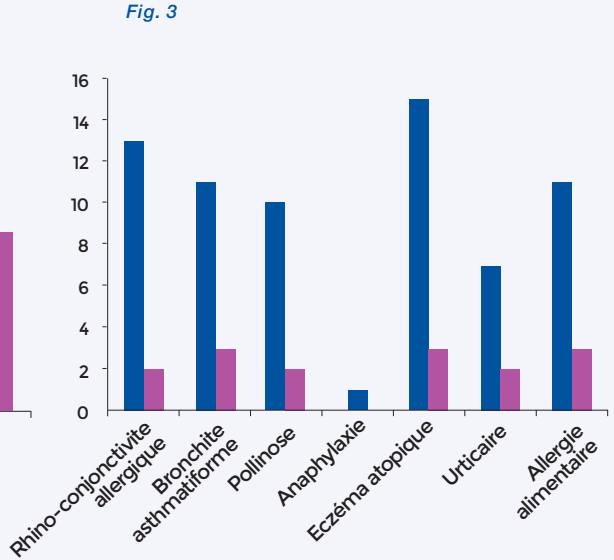
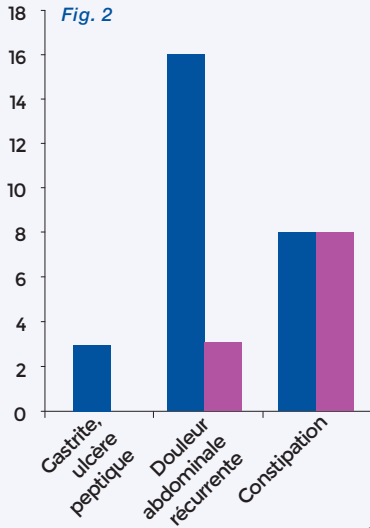
Cette question est importante parce qu'elle résume les différents rôles du pédiatre : non seulement médecin de la petite enfance, mais également acteur de l'équilibre familial et peut-être de façon plus incertaine, détenteur d'un rôle préventif sur la santé de l'adulte en devenir.

Il faut rappeler ici l'intérêt d'une intervention précoce tout en sachant qu'il n'est jamais trop tard pour agir (fig. 1).

Fig. 1



Coliques : 10 ans plus tard



Savino et al. 2005

L'impact immédiat est assez évident en ce qui concerne le bien-être du nourrisson, mais aussi le risque de pathologie de la cellule familiale (en particulier le risque dramatique lié aux "bébés secoués" [6]).

L'impact sur le long terme reste en grande partie à élucider. Les publications montrent que les nourrissons ayant des troubles fonctionnels intestinaux en général, et des coliques en particulier, ne développent pas, à distance, davantage de maladies nécessitant une prise en charge hospitalière.

En revanche, **il existerait une association avec la pathologie migraineuse de l'enfant [7] et avec les douleurs abdominales récurrentes d'origine fonctionnelle (fig. 2), voire avec certaines manifestations allergiques (fig.3)**. Une étude [8] a même retrouvé une association statistique avec certains traits de caractères mis en évidence 10 ans plus tard et qui pourraient être regroupés sous le terme de labilité émotionnelle (fig. 4).

Ces nourrissons "hypersensibles" possèdent donc peut-être déjà des traits de caractère particuliers. Pourquoi ne pas rassurer les parents en suggérant qu'un nourrisson qui pleure beaucoup sera peut-être un enfant empreint d'une grande sensibilité !

Une intervention dans la fenêtre d'opportunité que constituent les "1 000 jours" permettrait peut-être d'influencer cette évolution à long terme.

3 Le mode d'alimentation (allaitement maternel ou artificiel) exerce-t-il une influence sur la fréquence des coliques ? Quelle prise en charge proposer chez l'enfant allaité ?

L'allaitement maternel ne protège pas des coliques, pas plus qu'il ne les favorise. Il existe en revanche des différences dans la prise en charge de ces coliques : chez un enfant allaité, on pourra proposer des adaptations du régime alimentaire maternel dans l'optique d'améliorer les symptômes souvent associés aux coliques (ce qui est fréquent, comme cela a été montré par l'observatoire ADAN) : constipation (augmentation de la ration de fibres), ballonnement (diminution des "fibres longues"), régurgitations. Ces mesures diététiques sont très empiriques et d'effet incertain.

En cas de signes cliniques d'atopie ou de terrain familial atopique, une éviction des protéines du lait de vache par la mère serait une possibilité, puisque des allergies aux protéines du lait de vache (APLV) médiées par le lait de mère, bien que rares, existent réellement [9]. Il faudra, dans ce cas, se donner le temps d'observer un effet clinique, en poursuivant l'éviction au moins une dizaine de jours puisqu'il s'agit de mécanismes retardés.

Retenons qu'il n'y a aucune indication à réaliser un sevrage de l'allaitement maternel, même en cas de coliques particulièrement sévères.

Reflux gastro-œsphagien du nourrisson : quelle prise en charge pratique ?

1 Coliques du nourrisson et reflux gastro-œsophagien sont-ils fréquemment associés ?

La coexistence de ces deux troubles est effectivement fréquente. Un reflux gastro-œsophagien (RGO) peut engendrer un inconfort, qui peut bien sûr s'exprimer sous forme de pleurs. Si ces pleurs sont persistants, il n'est pas aisé de savoir si le

primum movens est le RGO ou s'il s'agit d'une entité à part, qu'on va dénommer "coliques du nourrisson". Dans ce dernier cas, le RGO est-il un élément déclenchant des coliques ? En tout état de cause, une association épidémiologique existe, comme le montrent les résultats de l'observatoire ADAN dans lequel plus de la moitié des nourrissons avaient des pathologies associées et 22,4 % avaient des coliques et des régurgitations (*fig. 5*).

Fig. 5

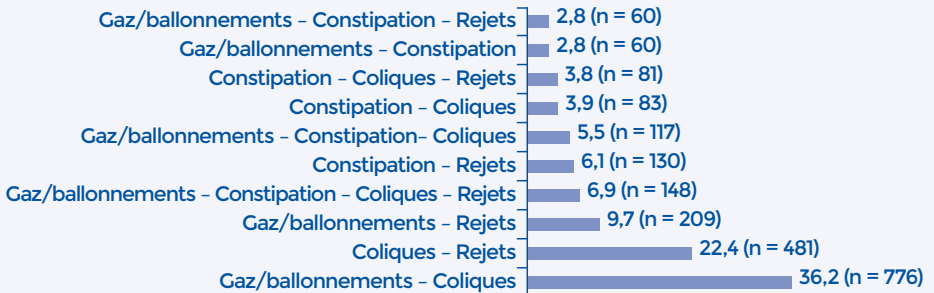
Enseignements observatoire ADAN

Approche de 1^{re} intention des troubles Digestifs bénins Associés du Nourrisson Troubles digestifs initialement observés (V0)

2 747 nourrissons (garçons: 51 %/ filles: 49 %), âgés en moyenne de 6,9 semaines et pesant en moyenne 4672 g, présentant sous allaitement artificiel exclusif des troubles digestifs bénins isolés ou associés

602 nourrissons avec un seul trouble
2 145 nourrissons avec plusieurs troubles

Symptomatologie des 2 145 nourrissons inclus dans volet "Cas patients"
de l'observation en raison de troubles digestifs bénins associés



Une coexistence fréquente des troubles digestifs hauts et bas
Plus de la moitié des nourrissons a des troubles associés

2 Prise en charge hygiéno-diététique du RGO

En cas d'allaitement artificiel, la solution de choix est celle des préparations pré-épaissies : à l'amidon (riz ou maïs) en concentration variable et à la caroube supposée engendrer des troubles du transit, qui seraient en réalité peu fréquents. Mentionnons que les résultats de l'observatoire ARSEN rapportent

un plébiscite de la part des pédiatres des préparations épaissies à la caroube. Ce même observatoire montre que les pédiatres et les mamans considèrent que la qualité de vie des nourrissons ayant reçu la formule Bébé-Expert AR du Laboratoire Gallia est significativement améliorée (fig.6). Il est intéressant de noter ici qu'aucune modification de l'aspect ou de la fréquence des selles n'a été rapporté après 1 mois d'utilisation de Bébé-Expert AR du Laboratoire Gallia.

Fig. 6

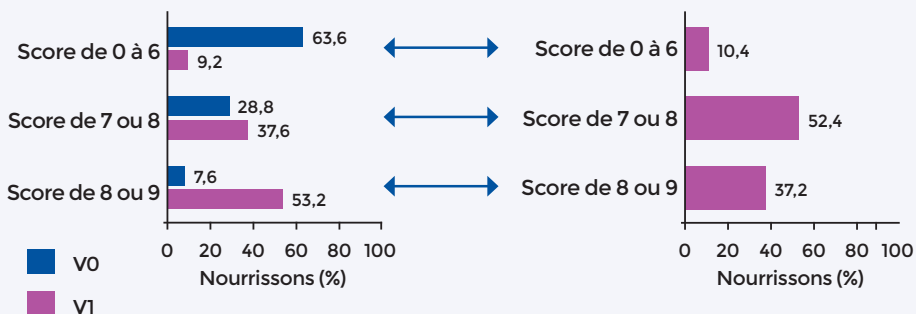
Enseignements observatoire ARSEN

Approche des Régurgitations Sévères du Nourrisson

Qualité de vie des nourrissons après une utilisation de la formule BÉBÉ-EXPERT AR Laboratoire Gallia pendant 4,2 semaines en moyenne

Jugement des pédiatres sur l'évolution des scores de qualité de vie (échelle numérique de 1, très mauvaise, à 10, excellente) entre la visite d'inclusion (V0), et la visite de suivi (V1) après introduction de BÉBÉ-EXPERT AR 1^{er} âge

Jugement des mamans sur le bien-être des nourrissons après utilisation de BÉBÉ-EXPERT AR 1^{er} âge



Les autres mesures diététiques sont plus discutables. Il est certain que des volumes importants ingérés en peu de temps favorisent les remontées ; on peut donc s'en tenir à corriger les erreurs diététiques comme la suralimentation, sans chercher à fractionner les prises alimentaires de façon systématique.

3 Prise en charge médicamenteuse du RGO

On peut aujourd'hui déclarer qu'aucun médicament n'est indiqué dans la prise en charge du RGO du nourrisson. Les prokinétiques possédant une efficacité clinique comme le cisapride

Fig. 7

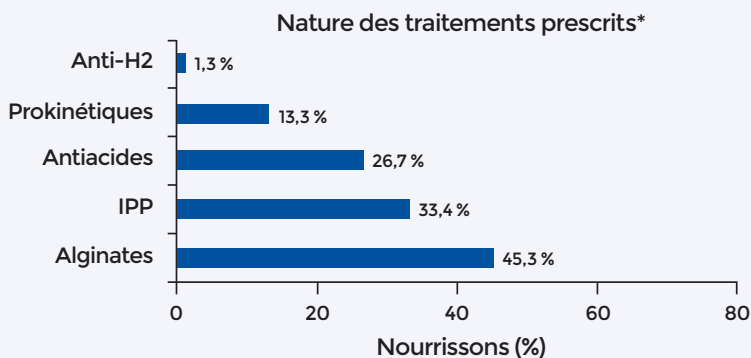
Enseignements observatoire ARSEN

Approche des Régurgitations Sévères du Nourrisson

Prescription par les pédiatres d'un traitement médicamenteux en plus de la prise en charge diététique initiale (VO)

Fréquence de prescription : 1 nourrisson sur 3*

Situation justifiant un traitement médicamenteux (par exemple RGO pathologique) ?
Difficultés à gérer l'inquiétude parentale ?



* Total supérieur à 100 %
car la prescription des pédiatres pouvait éventuellement comporter plusieurs médicaments.

ont aujourd'hui, fort heureusement, été retirés du marché du fait de leurs effets indésirables. Parmi les prokinétiques encore disponibles sur le marché comme la dompéridone, des effets adverses sur la conduction cardiaque sont suspectés. Il faut donc arrêter de les prescrire de façon inconsidérée, d'autant plus que leur effet clinique sur le RGO semble nul.

En ce qui concerne les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP), on assiste à un vrai engouement depuis plusieurs années malgré une prescription hors AMM avant l'âge de 1 an.

Une des raisons probable de cet engouement est l'apparente innocuité de la classe thérapeutique. **Et pourtant les effets secondaires des IPP ne sont pas négligeables puisque leur fréquence est estimée à 14 %. Il peut s'agir d'irritabilité, d'une augmentation du risque de diarrhée infectieuse, d'infection respiratoire basse et d'allergie.**

Une deuxième raison tient à une confusion avec le RGO de l'adulte et du grand enfant

dans lequel les IPP ont démontré un bénéfice sur les symptômes. Au contraire, il faut rappeler que, chez le nourrisson, aucun essai clinique randomisé n'a montré d'efficacité des IPP, en particulier sur les pleurs attribués au RGO.

Dans un contexte de forte demande d'une prescription médicamenteuse de la part des familles vis-à-vis des pleurs du nourrisson et du RGO, on peut comprendre que nous nous soyons laissés aller à des prescriptions larges d'IPP, avec l'impression empirique d'une efficacité clinique. Rappelons ici que la réponse au placebo a été évaluée à 50 % dans cette situation [10].

On doit donc réserver la prescription d'IPP aux situations où une œsophagite a été documentée, ou est fortement suspectée (en particulier en cas d'association d'un RGO clinique avec une prise pondérale insuffisante). En tout état de cause, le traitement devra être arrêté en l'absence d'effet clinique franc au bout de 5 à 7 jours, qui est le délai d'efficacité des IPP. On est donc loin des 33,4 % de prescription d'IPP rapportés dans l'observatoire ARSEN (*fig. 7*) !

Conclusion

Les troubles digestifs du nourrisson (coliques et régurgitations) présentent une dimension triple : altération de la qualité de vie de l'enfant, retentissement sur la cellule familiale, et probables conséquences à distance en termes de programmation.

Les interventions diététiques (modifications du régime maternel, recours à des préparations diététiques fermentées ou épaissies), associées à un discours de réassurance parentale, constituent la pierre angulaire de la prise

en charge (fig. 8). Les prescriptions médicamenteuses (prokinétiques, alginates, IPP) ont une place réduite : effet clinique non prouvé et effets secondaires fréquents.

La reconnaissance et la prise en charge des ces troubles fréquents pourraient permettre de diminuer la prévalence d'autres pathologies, à moyen et long termes, dont l'association épidémiologique peut suggérer un lien de causalité : douleurs abdominales fonctionnelles, migraine, pathologie allergique, troubles du comportement.

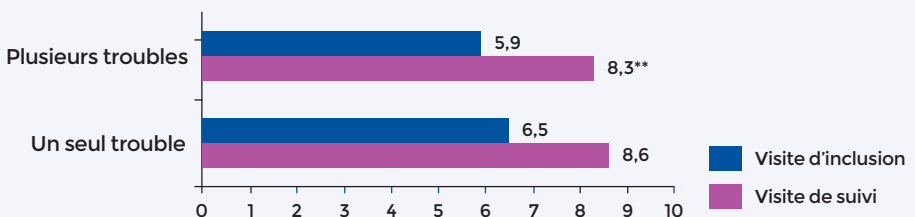
Fig. 8

Enseignements observatoire ADAN

Approche de 1^{re} intention des troubles Digestifs bénins Associés du Nourrisson
Évolution de la qualité de vie des nourrissons (n = 2 575)

Évolution des scores de qualité de vie
(échelle numérique de 1, très mauvaise, à 10, excellente)
entre la visite d'inclusion et la visite de suivi

A V1 : 94,5% de nourrissons encore sous Galligest 1^{er} âge
(V1, dans un délai moyen de 30,6 jours après l'inclusion)



** p = 0,003 pour l'amélioration de la qualité de vie entre l'inclusion et V1 chez les nourrissons ayant des troubles digestifs associés versus les nourrissons ayant un trouble isolé.

Une amélioration de la qualité de vie significativement plus marquée chez les nourrissons présentant plusieurs troubles que chez ceux n'en présentant qu'un seul

Bibliographie

1. KOLETZKO B, BRANDS B, CHOURDAKIS M *et al.* The Power of Programming and the EarlyNutrition Project : Opportunities for Health Promotion by Nutrition during the First Thousand Days of Life and Beyond. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 2014;64:187-196.
2. Approche de première intention des troubles Digestifs bénins Associés du Nourrisson de moins de six mois : résultats de l'observatoire ADAN, réalisé avec le concours de 273 pédiatres de ville et ayant permis d'évaluer chez 2145 nourrissons l'intérêt de Galligest 1^{er} âge en termes d'amélioration des troubles et de la qualité de vie. *Médecine et Enfance* 2014;7:1-12.
3. Approche des Régurgitations Sévères du Nourrisson de moins de six mois : résultats de l'observatoire ARSEN, réalisé avec le concours de 160 pédiatres de ville et ayant permis d'évaluer chez 250 nourrissons l'intérêt de Bébé Expert Anti-régurgitations 1^{er} âge du Laboratoire Gallia en termes de diminution des régurgitations et d'amélioration de la qualité de vie des enfants, à la fois du point de vue des pédiatres et de celui des mamans. *Médecine et Enfance* 2014;8:1-12.
4. MANIFICAT S, DAZORD A, LANGUE J *et al.* Évaluation de la qualité de vie du nourrisson et du très jeune enfant : Validation d'un questionnaire. Étude multicentrique européenne. *Archives de Pédiatrie*, 2000;7:605-614.
5. SONNENBERG A. Effects of environment and lifestyle on gastroesophageal reflux disease. *Dig Dis*, 2011;29:229-234.
6. Simonnet H, Laurent-Vannier A, Yuan W *et al.* Parents' behavior in response to infant crying: Abusive head trauma education. *Child Abuse Negl*, 2014.
7. ROMANELLO S, SPIRI D, MARCUZZI E *et al.* Association between childhood migraine and history of infantile colic. *JAMA*, 2013;309:1607-1612.
8. SAVINO F, CASTAGNO E, BRETTO R *et al.* A prospective 10-year study on children who had severe infantile colic. *Acta Paediatr Suppl*, 2005;94:129-132.
9. FRIEDMAN NJ, ZEIGER RS. The role of breast-feeding in the development of allergies and asthma. *J Allergy Clin Immunol*, 2005;115:1238-1248.
10. ORENSTEIN SR, HASSALL E, FURMAGA-JABLONSKA W *et al.* Multicenter, double-blind, randomized, placebo-controlled trial assessing the efficacy and safety of proton pump inhibitor lansoprazole in infants with symptoms of gastroesophageal reflux disease. *J Pediatr*, 2009;154:514-520.e4.



Le lait maternel est l'aliment idéal du nourrisson : il est le mieux adapté à ses besoins spécifiques. Une bonne alimentation de la mère est importante pour la préparation et la poursuite de l'allaitement au sein. L'allaitement mixte peut gêner l'allaitement maternel, et il est difficile de revenir sur le choix de ne pas allaiter. En cas d'utilisation d'une formule infantile, lorsque la mère ne peut ou ne souhaite pas allaiter, il importe de respecter scrupuleusement les indications de préparation et d'utilisation et de suivre l'avis du corps médical. Une utilisation incorrecte pourrait présenter un risque pour la santé de l'enfant. Les implications socio-économiques doivent être prises en considération dans le choix de la méthode d'allaitement.

BSA - RCS Villefranche-Tarare 301 374 922.

Réalités Pédiatriques – Janvier 2015 – Cahier 2
Éditeur: Performances Médicales – 91, avenue de la République – 75011 Paris
Numéro de commission paritaire: 0117 T 81118 – ISSN: 1266-3697
Directeur de la publication: Dr Richard Niddam
Tél.: 01 47 00 67 14 – Fax: 01 47 00 69 99 – E-mail: info@performances-medicales.com
Imprimerie Trulli – Venice