



Troubles digestifs fonctionnels du nourrisson : suivre les recommandations ou les parents ?

Rédaction : Dr J. LEMALE

Ce numéro est un compte rendu et/ou résumé des communications de congrès dont l'objectif est de fournir des informations sur l'état actuel de la recherche. Ainsi, les données présentées sont susceptibles de ne pas avoir été validées par les autorités françaises et ne doivent pas être mises en pratique. Ce compte rendu a été réalisé sous la seule responsabilité de l'auteur et du directeur de la publication, qui sont garants de l'objectivité de cette publication.

Édition réalisée avec le soutien de Blédina et du Laboratoire Gallia.

Troubles digestifs fonctionnels du nourrisson : Suivre les recommandations ou les parents ?

Rédaction : Dr J. LEMALE
Service de Gastroentérologie et Nutrition pédiatriques – Hôpital Trousseau, PARIS.

Ce symposium, organisé conjointement par Blédina et le Laboratoire Gallia, s'est déroulé le 17 juin 2016 dans le cadre du congrès annuel de l'Association Française de Pédiatrie Ambulatoire (AFPA) à Tours.

Les troubles fonctionnels intestinaux (TFI) sont très fréquents en pédiatrie, et plusieurs communications ont traité de ce thème. Ce symposium a permis de savoir jusqu'où il est possible d'aller en termes de diagnostic, de traitement et de communication avec les parents. La première présentation a abordé les nouveaux critères diagnostiques de ROME IV et les scores de qualité de vie de ces enfants. La deuxième intervention a été consacrée à l'intérêt et les limites des prescriptions médicamenteuses chez les enfants présentant des TFI. Enfin, une troisième communication a insisté sur l'importance de la communication avec les parents et le poids des mots lors des consultations médicales. Nous rapportons dans les lignes qui suivent les principaux points forts de ce symposium. La retransmission des communications est accessible sur le site www.realites-pediatriques.com/sympoafpa



Qualité de vie... tous les chemins mènent à Rome

D'après la communication du Dr Marc Bellaïche, Hôpital Robert-Debré, Paris.

Les critères diagnostiques des TFI du nouveau-né et du nourrisson, définis en 2006 par les critères de ROME III, viennent d'être actualisés. Cette mise à jour a été nécessaire du fait de l'amélioration des connaissances tant épidémiologiques que physiopathologiques, des stratégies de traitement et de l'évolution à long terme de ces troubles [1]. La dénomination des TFI reste différenciée en 7 groupes comprenant : les régurgitations, le syndrome de rumination, le syndrome des vomissements

cycliques, les coliques du nourrisson, la diarrhée fonctionnelle, la dyschésie du nourrisson et la constipation fonctionnelle.

La fréquence de ces TFI est très élevée entre la naissance et 12 mois. Pendant cette période, l'incidence des coliques et des régurgitations serait de 20 à 25 % en moyenne, voire de 64 % pour les coliques dans certaines études. Les TFI varient aussi selon l'âge de l'enfant : les coliques, les régurgitations, la dyschésie

et la constipation fonctionnelle surviennent généralement dès le premier mois de vie, alors que le syndrome des vomissements cycliques et la diarrhée fonctionnelle sont plus tardifs.

1. Les régurgitations

Les critères diagnostiques de ROME IV sont, pour cet item, identiques à ceux de ROME III. Le diagnostic est porté chez des nourrissons âgés de 3 semaines à 12 mois, bien portants et présentant

deux ou trois régurgitations par jour pendant au moins 3 semaines sans nausées, hématemèse, apnée, retard staturo-pondéral, posture anormale ou difficultés d'alimentation ou de déglutition.

Les régurgitations sont à différencier d'un reflux gastro-œsophagien (RGO) pathologique. Les termes anglo-saxons *Gastroesophageal reflux* (GER) et *Gastroesophageal reflux disease* (GERD) sont plus discriminants, car ils permettent de mieux distinguer le RGO pathologique des régurgitations simples. En français, il n'y a pas de distinction claire sur le caractère pathologique ou non de ces deux entités, le choix des mots est donc particulièrement important. Dans une étude, sur 175 parents interrogés, l'utilisation du terme RGO en consultation renvoyait à une maladie, ce qui impliquait pour les parents la prescription d'examen complémentaires et de médicaments [2]. Il est également important d'orienter les parents vers des sites web médicaux labellisés [3] afin d'éviter des erreurs qui pourraient conditionner une prise en charge hasardeuse.

2. Le syndrome de rumination du nourrisson : mérycisme

Les critères diagnostiques de ROME IV sont identiques à ceux de ROME III, à savoir l'association pendant au moins trois mois de contractions répétées des muscles abdominaux, de régurgitations du contenu gastrique dans la bouche qui est remâchonné ou recraché. Au moins trois des critères suivants sont également nécessaires : début entre 3 et 8 mois, pas de réponse à la prise en charge standard d'un RGO, pas de nausées ou de souffrance accompagnant les signes cliniques, les symptômes ne surviennent pas pendant le sommeil ni lors d'interactions avec l'entourage. Ce diagnostic est à distinguer des régurgitations, car sa prise en charge est différente et l'altération de la qualité de vie n'est pas négligeable.

3. Le syndrome des vomissements cycliques

Ces vomissements sont également appelés "vomissements acétonémiques". Les mécanismes physiopathologiques restent inconnus, il pourrait s'agir d'une maladie métabolique *a minima*, ou de migraines. Les diagnostics différentiels des vomissements (intoxications, par exemple nicotinique, causes chirurgicales, tumeurs cérébrales, SEIPA...) doivent être exclus.

Les critères de ROME III ont été modifiés. Le diagnostic selon la classification de ROME IV est posé devant au moins **deux épisodes** de vomissements paroxystiques en 6 mois, avec ou sans nausées durant plusieurs heures ou jours ; les crises sont stéréotypées et sont **séparées par des périodes où l'enfant est en bonne santé** sans vomissements. Le diagnostic ne peut donc être fait au cours du premier épisode.

4. Les coliques du nourrisson

Les critères de ROME IV ont simplifié la définition. Pour parler de coliques, il faut que les symptômes aient débuté et se soient finis avant l'âge de 5 mois. Il s'agit de périodes de pleurs ou d'inconforts récurrents ou prolongés survenant sans cause précise, ne pouvant être prévenus ni calmés, survenant chez un enfant en bonne santé sans trouble de la croissance ni fièvre. En premier lieu, **les causes organiques** pouvant expliquer les pleurs **doivent être éliminées** : infections, traumatismes, causes chirurgicales, causes cardiaques, RGO, intoxication, brûlures oculaires...

5. La diarrhée fonctionnelle

Les critères de ROME IV ont également été modifiés dans le sens de la simplification. Le diagnostic est affirmé devant l'association des signes suivants : émission indolore d'au moins quatre selles non formées par jour pendant au moins

4 semaines, chez un enfant âgé de 6 à 60 mois, **sans trouble de la croissance**, avec des apports caloriques adéquats.

6. La dyschésie du nourrisson

Les critères de ROME III et IV sont identiques. Le diagnostic est suspecté chez un enfant en bonne santé de moins de 6 mois, présentant au moins 10 minutes d'efforts de poussées et de pleurs avant l'émission d'une selle molle.

7. La constipation fonctionnelle

Les critères de ROME IV sont inchangés. Pour porter le diagnostic, les enfants de moins de 4 ans doivent présenter, pendant au moins un mois, au moins deux des critères suivants : émission de deux selles ou moins par semaine, au moins un épisode d'incontinence par semaine après acquisition de la propreté, une histoire de rétention excessive de selles, une histoire de défécation douloureuse, la présence d'un fécalome dans le rectum et/ou une histoire de selles larges obstruant les toilettes.

8. Impact des TFI sur la qualité de vie

Les TFI sont considérés comme bénins ; ils renvoient ainsi souvent à une affection non handicapante, ce qui peut donner l'impression que le médecin néglige la plainte. Ce type de relation doit être évité car on sait que les TFI ont un impact majeur sur la vie quotidienne, puisque jusqu'à 60 % des enfants concernés ont un absentéisme scolaire régulier [4]. Certaines études ont même montré que la qualité de vie des patients ayant un TFI est moins bonne que celle de sujets atteints de maladies inflammatoires chroniques intestinales [5]. Pour les parents, un enfant qui se plaint a une douleur. Or, il est important de leur expliquer que l'hypersensibilité viscérale et l'inconfort observés dans les TFI ne sont pas liés à une douleur ; les antalgiques quels que soient leurs paliers sont d'ailleurs inefficaces.

POINTS FORTS

- ➔ Les critères de ROME III viennent d'être réactualisés. Ils ont été simplifiés pour le diagnostic des coliques du nourrisson, de la diarrhée fonctionnelle et du syndrome des vomissements cycliques.
- ➔ Les échelles de qualité de vie pour les TFI du nourrisson restent, pour le moment, inadaptées à une utilisation en pratique quotidienne.

La quantification des TFI reste un problème, il est en effet difficile de savoir quelle échelle utiliser. En 2000, un travail français a déterminé, dans une étude multicentrique, une échelle de qualité de vie pédiatrique, mais le questionnaire comprenait 34 items, et était difficilement utilisable en consultation [6]. Plus récemment, une autre échelle de 12 items évaluant la qualité de vie chez les enfants avec des TFI a été proposée,

et son intérêt en pratique courante reste à évaluer [7]. L'échelle PedsQL (*Pediatric Quality of Life Inventory*), validée au niveau international, met en évidence que la qualité de vie des nourrissons est liée à l'existence de problèmes digestifs (gaz, régurgitations, constipation...). Cela a été démontré en France par l'étude observationnelle (ADAN) conduite chez 2747 nourrissons, qui a mis en évidence que les nourrissons avec des TFI avaient

une moins bonne qualité de vie et que celle-ci était significativement moins bonne en cas de coexistence de troubles.

Les experts ayant établi les critères de ROME IV ont estimé que des études épidémiologiques dans différentes cultures sont nécessaires pour évaluer l'impact des TFI sur la qualité de vie et les consultations médicales. De plus, afin de mieux caractériser la physiopathologie de ces troubles, des études prospectives multicentriques seraient utiles en prenant en compte les facteurs génétiques, métaboliques et neurophysiologiques des patients. Le développement d'échelle de mesure est également souhaitable surtout pour caractériser les pleurs des nourrissons et tenter d'établir une relation avec les coliques. Enfin, d'autres entités pourraient également être répertoriées dans les critères de ROME comme les difficultés d'alimentation du nourrisson.

Prescription médicamenteuse : jusqu'où peut-on aller ?

D'après la communication du Dr Olivier Mouterde, Rouen.

La période de la naissance à 6 mois est riche en événements pour un nourrisson, il apprend à manger, réclamer, uriner, déféquer, distinguer le froid du chaud, les odeurs, le bruit, les textures. Il voit aussi son tube digestif colonisé par des milliards de bactéries. Il double son poids de naissance et grandit d'environ 25 cm. Il sait également capter les réactions de son entourage, le calme, le stress, le *forcing* et interpréter l'effet de ses actions. La quantité de liquide et de calories qu'il ingère équivaut à 8 litres de liquide et 7 000 kcal par jour, consommés par un adulte.

De leur côté, les parents ont leur histoire, leurs éventuels autres enfants, une certaine tolérance, angoisse, culpabilité, et ont des demandes vis-à-vis de leur nour-

risson. Les médecins consultés ont pu également rassurer, inquiéter ou médicaliser la situation. Il faut donc, avant tout, tenter de rassurer les parents en leur expliquant que ces TFI sont banaux compte tenu des quantités ingérées par leurs nourrissons. Certains enfants vont d'ailleurs très bien durant cette période, sans plainte de ce type, alors que d'autres sont confrontés à ces troubles.

Quand il faut traiter ces TFI, comment le faire ? Quelle est la place des médicaments dans cette prise en charge ?

1. La constipation

Une étiologie organique doit d'emblée être éliminée par l'interrogatoire et l'examen clinique (émission du méconium,

présence d'une fossette, anomalie de l'anus, symptômes atypiques...). En cas d'allaitement maternel exclusif, on rassurera les parents en leur expliquant que la constipation au lait de mère n'est pas une entité pathologique et ne correspond pas à un TFI ; les traitements ne sont donc pas nécessaires.

En revanche, la constipation fonctionnelle des nourrissons (dont la prévalence est estimée à 3 %) doit être traitée par des médicaments. Chez les enfants répondant aux critères de ROME IV, même si certains items ne sont pas adaptés au nourrisson, il faut revoir avec la famille la reconstitution des biberons pour s'assurer qu'il n'y ait pas d'erreurs, éviter l'eau d'Hépar® (composition inadaptée pour le nourrisson) et toutes les manœuvres

endoanales. Plus tard, on s'assurera également d'un apport suffisant en fibres grâce à un bon équilibre alimentaire, sachant qu'un régime riche en fibres peut prévenir mais non traiter une constipation avérée. Un traitement médicamenteux est indiqué pour éviter le cercle vicieux de selles dures/émission douloureuse/rétention des selles. Les traitements indiqués sont le lactulose avant 6 mois, puis le polyéthylène glycol dont la dose et la durée devront être adaptées [8].

Les laits plus riches en lipides structurés (Bétapol®), protéines solubles, caroube ou lactose, amélioreraient la consistance et la fréquence des selles, il faut toutefois éviter de prescrire des changements itératifs de lait, notamment des laits sans PLV (protéines de lait de vache) en l'absence d'arguments pour une allergie aux PLV.

2. Les coliques

Les causes organiques doivent, ici aussi, être éliminées. La plupart des médicaments sont inefficaces comme le diméticone (d'ailleurs utilisé comme placebo dans les études) ou la trimébutine (antispasmodique sans utilité reconnue dans cette indication). D'autres médicaments peuvent même être dangereux avec des risques de coma, de syncopes (cimétropium, dicyclomine). Le placebo semble être "efficace", jusque dans 57 % des cas dans certaines séries, en fonction de la conviction avec laquelle le produit est présenté aux parents. Chez l'enfant allaité, l'utilisation de lactase, siméthicone, glucose ou sucrose n'a aucune efficacité. À l'inverse, malgré des résultats discordants, les probiotiques de type *Lactobacillus reuteri* ont démontré une certaine efficacité chez l'enfant allaité, administré sous forme de gouttes [9].

3. Les régurgitations

L'étude IMS, réalisée par Blédina, a évalué les pratiques de médecins libéraux pour le diagnostic et la prise en charge du RGO. Pendant 2 ans, une semaine par

trimestre, 1 200 médecins ont participé à cette enquête, et 178 000 diagnostics de RGO ont été posés avec 9 000 œsophagites cliniques. Les diagnostics de RGO ont augmenté de 11 % par an (40 000) pendant la durée de l'étude. Les prescriptions médicamenteuses ont également augmenté de 20 % en 2 ans, et près de 40 % des médecins prescrivaient des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) alors que les laits épaissis représentaient moins de 10 % des prescriptions et venaient en troisième position derrière les antiacides et les IPP. La prescription des médicaments ayant une action sur la motricité digestive a, en revanche, diminué de moitié (fig. 1).

>>> Traitement des régurgitations simples du nourrisson

En pratique, les alginates de sodium pourraient avoir une efficacité chez le prématuré et le nouveau-né, mais les effets sont modestes chez le nourrisson. Les laits épaissis à l'amidon ou à la

caroube sont, quant à eux, efficaces sur les régurgitations.

Les IPP n'ont pas leur place dans la prise en charge des régurgitations typiques du nourrisson. En revanche, en cas d'œsophagite érosive documentée par une endoscopie digestive, leur prescription est recommandée par l'ESPGHAN et la HAS (hors AMM avant 1 an) pour une durée de 3 mois. En cas de pyrosis, ils pourront être prescrits pendant 2 mois chez l'enfant plus grand.

>>> Prise en charge des reflux atypiques

Le reflux atypique renvoie à toutes les manifestations extradiigestives dont les coliques. Dans ces situations, le rôle du reflux est très discuté et l'effet d'un traitement, y compris des IPP, n'est pas établi.

Il ne faut pas débiter de traitement sans preuve, ce qui remet nécessairement en cause la notion même de traitement d'épreuve. L'utilisation d'IPP est pour-

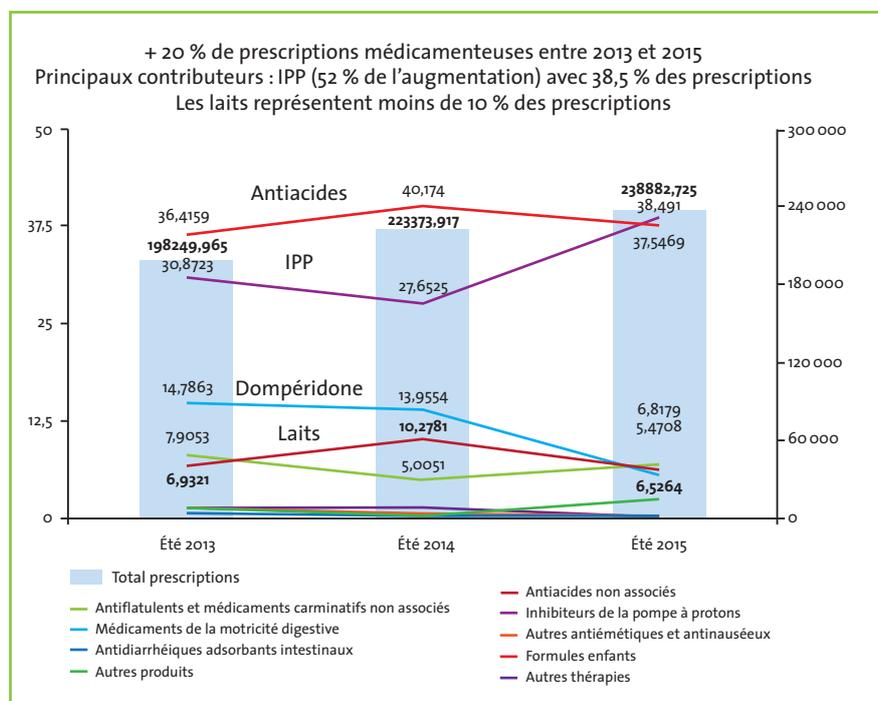


FIG. 1 : Résultats de l'étude IMS.

POINTS FORTS

- ⇒ La constipation du nourrisson doit être traitée par des laxatifs, le lactulose avant 6 mois, le PEG par la suite. L'utilisation de l'eau d'Hepar n'est pas recommandée.
- ⇒ Les IPP ne font pas partie du traitement des régurgitations non compliquées du nourrisson ni du traitement du reflux atypique.
- ⇒ En cas de prescription d'IPP avant 1 an, il faut informer les parents de l'absence d'AMM, la justifier dans le dossier et mettre la mention "hors AMM" sur l'ordonnance.

tant tentante pour lutter contre l'acidité, d'autant que celle-ci paraît redoutable (œsophagite, pyrosis, inhalation, brûlure pharyngée, réflexe vasovagal) et que ces médicaments sont très efficaces sur cette cible. L'étude d'Orenstein *et al.* a certes montré que, quand on traite par IPP un enfant qui a des TFI, on obtient une réduction de 20 % des pleurs et de 14 % des régurgitations accompagnée d'une satisfaction de 56 % des parents, mais également que la prescription d'un placebo donne des résultats équivalents [11]. Les IPP sont donc inefficaces

pour traiter les coliques, et les sociétés savantes ne recommandent pas ce traitement pour les reflux atypiques [12]. De plus, la prescription d'IPP expose à plusieurs risques potentiels : il s'agit donc pour le médecin d'une prescription non autorisée, non recommandée, inefficace, dangereuse et potentiellement sans fin.

En pédiatrie, les AMM autorisent la prescription du Gaviscon® et de la cimétidine dès la naissance, de la ranitidine IV après 6 mois, de l'oméprazole et l'ésoméprazole à partir de 1 an, de la ranitidine

per os après 3 ans et du pantoprazole après 12 ans, dans le reflux typique ou le reflux pathologique prouvé.

En cas de prescription d'IPP avant 1 an, il faut informer les parents de l'absence d'AMM, la justifier dans le dossier et mettre la mention "hors AMM" sur l'ordonnance. Les IPP exposent par ailleurs à des effets secondaires fréquents, allant de 14 à 62 % selon les études : céphalées, étourdissements, nausées, vomissements, diarrhées, constipation, urticaire, fatigue... Une fois entrepris, le traitement par IPP est parfois difficile à interrompre car les parents et/ou le médecin ont peur, en particulier d'un effet rebond.

La vie de certains nourrissons étant plus difficile que pour d'autres, cela doit être anticipé et l'accompagnement par le pédiatre est essentiel. Les bénéfices/risques des médicaments doivent être expliqués clairement aux parents. Il faut avant tout insister sur l'hygiène de vie et l'importance d'une alimentation adaptée, en évitant les erreurs diététiques et relationnelles. En cas de prescriptions médicamenteuses, un suivi des patients est nécessaire.

Le pédiatre face aux parents... désemparés

D'après la communication du Dr Jérôme Valleteau de Moulliac, Paris.

Les parents, notamment la mère, peuvent être désemparés pour plusieurs raisons, surtout en cas de dépression du *post-partum*, d'anxiété, d'une difficulté d'attachement au bébé qui était souvent idéalisé pendant la grossesse mais aussi devant ces TFI qui, à leur tour, aggravent une angoisse ou un état dépressif. On estime qu'environ 55 % des nourrissons de moins de 6 mois ont présenté au moins un TFI pendant cette période. Ils seraient même plus fréquents en cas de prématurité ou de retard de croissance intra-utérin.

Une enquête réalisée en décembre 2015, en collaboration avec l'AFPA et *via* le site *mpedia.fr*, auprès de 524 mères interrogées sur les troubles digestifs de leurs enfants, a retrouvé que 80 % des bébés avaient eu des troubles digestifs avant 1 an, avec un pic de fréquence entre 1 et 2 mois. Dans 68 % des cas, un pédiatre avait été consulté avant 15 jours de vie. Les troubles digestifs évoqués par la mère étaient surtout des gaz, des flatulences (53 %), des tortillements (52 %) et le hoquet (40,5 %), des rejets (petits 39 %, gros 32 %). Les

mères déclaraient être inquiètes surtout en cas de pleurs (45,5 %), de fièvre et de faible prise de poids.

Bien que toutes les mères aient eu un conseil médical en consultation ou au téléphone, 42 % déclaraient avoir fait des recherches sur Internet et 43 % avoir vu un ostéopathe. Le motif de consultation médicale le plus fréquent était des pleurs ou des grosses régurgitations (21 %). La réponse des médecins consistait dans 37 % des cas à changer la formule infantile et dans 27,5 % des cas à

prescrire des médicaments. Une réassurance parentale n'est rapportée que dans 17 % des cas. L'intervention du médecin a été jugée totalement inefficace par 1/3 des parents et moyennement efficace par un autre tiers, car aucune cause n'a véritablement été attribuée aux troubles. Deux tiers des parents ont consulté au moins deux fois. Rétrospectivement, les deux critères jugés efficaces par les parents étaient le changement de formules infantiles pour 19,5 % d'entre eux et le temps dans l'échelle chronologique par 24,5 %, suivis par la diversification alimentaire et les médicaments dont l'efficacité est jugée équivalente.

Ainsi, les parents sont souvent désemparés devant les symptômes mais également devant l'inefficacité des mesures proposées par un médecin un peu démuni et parfois, lui aussi, un peu désemparé devant ces symptômes si difficiles à expliquer et à prendre en charge.

Les deux situations cliniques les plus fréquentes en consultation sont :

>>> **Le RGO** : 40 à 65 % des nourrissons de moins de 1 an ont un RGO physiologique simple sans complication qui disparaît classiquement et spontanément vers 12-14 mois, voire 18 mois. Les régurgitations physiologiques sont à différencier du RGO pathologique. Elles sont peu abondantes, indolores, faciles, survenant pendant l'éveil, sans modification de l'appétit et sans retentissement sur la courbe staturo-pondérale. Il s'agit le plus souvent de nourrissons vifs et agités. Aucune exploration n'est nécessaire. Elles sont cependant très mal tolérées par les familles.

Des conseils nutritionnels simples peuvent être donnés. Il faut toujours éviter la suralimentation et les changements intempestifs de lait. L'allaitement maternel doit être poursuivi si le bébé est au sein. En cas d'utilisation de formules infantiles, les formules épaissies peuvent être proposées de même que

POINTS FORTS

- ➔ Dans la prise en charge des TFI, le médecin doit trouver des mots adaptés pour accompagner les familles.
- ➔ La réassurance des parents restent la base du traitement.

les laits riches en caséine. La prescription d'IPP n'est pas recommandée. Les jus végétaux et laits non bovins sont, en revanche, à proscrire. Il faut également éviter les compressions abdominales, le tabagisme passif des patients et la position proclive lors du sommeil.

L'important est d'**informer** les familles sur la fréquence et l'évolution, d'**expliquer** l'anatomie et l'immaturité du sphincter inférieur de l'œsophage et surtout de **rassurer** les parents sur la bonne croissance de leur enfant et l'évolution favorable avec le temps. Cette démarche est jugée comme étant chronophage, mais efficace.

>>> **Les pleurs inexplicables, les coliques** : l'incidence serait de 20 à 25 % avant 4 mois, avec un maximum à 6 semaines. Il faut faire attention à la confusion des termes et aux mots utilisés en consultation. Un syndrome d'inconfort est différent d'une douleur. Or, les parents sont persuadés que leur enfant souffre. Quand on parle de "coliques", cela renvoie à un problème de "digestion", les mots "pleurs inconsolables" mettent les parents dans une position difficile et le terme "pleurs inexplicables" place le médecin dans une position défavorable.

Les "vraies" coliques surviennent en fin de journée, elles peuvent être rythmées par les repas et en général ne se manifestent pas la nuit. Elles apparaissent le plus souvent vers 2 semaines de vie, et disparaissent habituellement vers 3-4 mois. Une durée plus importante serait associée à la survenue de troubles de l'attention, d'une hyperactivité ou de migraines.

L'étiologie des coliques est inconnue ; elles peuvent être aggravées par l'inexpérience et l'anxiété parentale. Les facteurs favorisants pourraient être liés à une immaturité du système nerveux central responsable de comportements inorganisés ou instables, avec une incapacité à s'auto-apaiser ou à s'endormir. L'immaturité du système nerveux entérique pourrait aussi être en cause avec un dysfonctionnement de la motricité digestive et un déséquilibre de la régulation hormonale. Une dysbiose (déséquilibre du microbiote) pourrait également contribuer à l'apparition des coliques. Enfin, des facteurs exogènes comme la dépression du *post-partum* les favoriseraient, mais il est en réalité difficile de savoir si elle en est la cause ou la conséquence.

Les pleurs entraînent des troubles du sommeil de l'enfant qui perturbent la vie familiale, le sommeil des parents et peuvent être responsables de colère, de frustration, ou d'un sentiment d'incompétence avec comme conséquences potentielles une perturbation des échanges avec, dans les cas extrêmes, des situations ingérables pouvant mener au syndrome du bébé secoué.

En consultation, il faut exclure toute pathologie organique devant des TFI, s'assurer de la durée, de l'horaire et de l'importance des pleurs. Il faut également évaluer le comportement parental, rechercher une anxiété anormale, une dépression, des troubles de l'attachement, voire des risques de maltraitance. Il faut surtout rassurer les parents : ils ne sont pas responsables et leur enfant

non plus. Il est important de favoriser le calme et la sérénité, d'expliquer qu'il est normal qu'un nouveau-né pleure – c'est son moyen de communication – et qu'il s'agit de troubles bénins, temporaires sans cause organique. Il faut également limiter les stimulations de l'enfant; les parents doivent pouvoir

se reposer et si nécessaire se faire aider. De petits moyens comme bercer, masser, chanter, promener, câliner, marcher, rouler... peuvent parfois être utiles. Le médecin doit éviter de se montrer plus inquiet que les parents et multiplier les examens complémentaires, même s'il ne faut pas non plus banaliser.

Il est nécessaire d'insister sur le fait que les médicaments sont inutiles, et que les changements répétés de laits infantiles ont peu d'efficacité.

Les diagnostics abusifs d'APLV, d'intolérance au lactose et de RGO pathologiques doivent être évités.

Conclusion

Les TFI sont fréquents en pédiatrie. Les critères diagnostiques restent encore à améliorer. Le développement de scores et d'échelles de qualité de vie adaptés est fondamental pour la pratique quotidienne. Hormis pour la constipation, les traitements médicamenteux restent très limités avec un rapport bénéfice/risque discutable pour le nourrisson. La consultation médicale avec la réassurance des parents est essentielle, du temps consacré aux familles est indispensable pour une bonne prise en charge. Il faut toujours veiller aux termes employés et trouver des mots adaptés pour accompagner les familles.

Bibliographie

1. BENNINGA MA, FAURE C, HYMAN PE *et al.* Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: Neonate/Toddler. *Gastroenterology*, 2016. In press
2. SCHERER LD, ZIKMUND-FISCHER BJ, FAGERLIN A *et al.* Influence of "GERD" label on parents' decision to medicate infants. *Pediatrics*, 2013;131:839-845.
3. BALGOWAN R *et al.* Infant gastroesophageal reflux information on the World Wide Web. *J Pediatr Health Care*, 2016;30:165-172.
4. CASTILLOUX J, NOBLE A, FAURE C *et al.* Is visceral hypersensitivity correlated with symptom severity in children with functional gastrointestinal disorders? *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 2008;46:272-278.
5. YOUSSEF NN. IBD or IBS: when there is abdominal pain, does it really matter? *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 2004;38:460-461.
6. 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. *Arch Pediatr*, 2000;7:605-614.
7. RILEY A, TRABULSI J, MANJIANG Y *et al.* Validation of a parent report questionnaire: The infant gastrointestinal symptom questionnaire. *Clin Pediatr*, 2015;54:1167-1174.
8. MOUTERDE O. Constipation chez le nourrisson et l'enfant: comment doit-on traiter? *Arch Pediatr*, 2016;23:664-667.
9. HARB T, MATSUYAMA M, DAVID M *et al.* Infant Colic-What works: A Systematic Review of Interventions for Breast-fed Infants. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 2016;62:668-686.
10. PUTNAM PE. Stop the PPI express: they don't keep babies quiet. *J Pediatr*, 2009;154:475-476.
11. 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.
12. VANDENPLAS Y, RUDOLPH CD, DI LORENZO C *et al.* Pediatric gastroesophageal reflux clinical practice guidelines: joint recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (NASPGHAN) and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN). *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 2009;49:498-547.