

# réalités

## PÉDIATRIQUES

### Troubles gastro-intestinaux fonctionnels du nourrisson, de l'enfant et de l'adolescent

J. VALLETEAU DE MOULLIAC



---

*Réalités Pédiatriques*\_Numéro spécial – Avril 2018  
Éditeur: Performances Médicales – 91, avenue de la République – 75011 Paris  
Numéro de commission paritaire: 0122 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](mailto:info@performances-medicales.com)  
Imprimerie: Trulli – Vence – © Oksana Kuzmina@shutterstock.com



# Troubles gastro-intestinaux fonctionnels du nourrisson, de l'enfant et de l'adolescent

**Dr J. VALLETEAU DE MOULLIAC**

Pédiatre, PARIS

**L**es troubles gastro-intestinaux fonctionnels (TGIF) sont répertoriés et classés depuis des années selon les critères de ROME, dont le dernier consensus, ROME IV de 2016 [1], a tenu compte de toutes les nouvelles données disponibles sur l'épidémiologie, la physiopathologie, les éléments diagnostiques, les stratégies thérapeutiques et le suivi.

## QUE SONT LES TGIF ? (fig. 1)

Les TGIF ont pour caractéristique de concerner des individus qui présentent des symptômes variés, chroniques et/ou récurrents, sans explication organique ou biochimique évidente. Chez le nourrisson et l'enfant, ils sont le plus souvent dépendants de l'âge et

du développement, ce qui conditionne leur apparition et disparition progressive, sans traitement véritablement ciblé.

La physiopathologie des TGIF est loin d'être univoque. Selon les symptômes et l'âge, elle fait intervenir une association variable, et plus ou moins prédominante, de génétique, de troubles de la motricité digestive, d'hyper sensibilité viscérale périphérique (inflammation) ou centrale (perception du signal douloureux) et de dysbiose sur lesquels vont agir des facteurs extrinsèques, comme la perturbation de la qualité de vie de l'enfant (inconfort et/ou douleur) et de ses parents, avec leur cortège d'anxiété et de tension, voire de dépression (modèle biopsychosocial). Ce sont ainsi des troubles de l'interaction tube digestif/système nerveux.



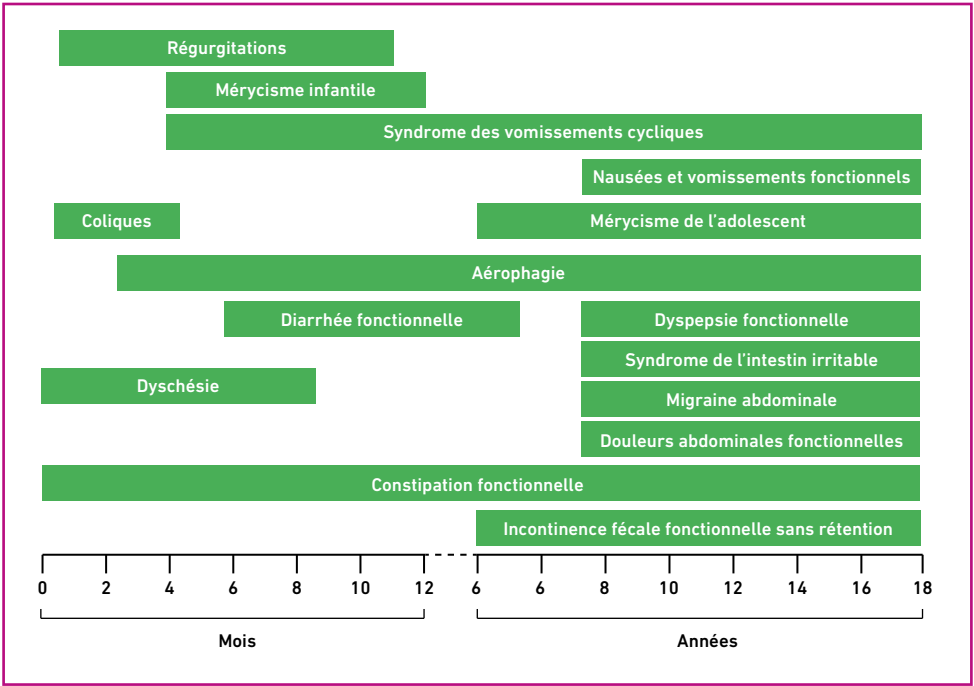


Fig. 1 : Distribution selon l'âge des principaux TGIF, d'après [1, 3, 5].

## TGIF DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT < 4 ANS [1-3, 5]

### 1. Fréquence

La fréquence et l'importance des TGIF sont variables selon leur définition, les études, mais aussi l'origine ethnique et le régime alimentaire des enfants. Les prématurés et les nourrissons nés avec un retard de croissance intra-utérin sont habituellement plus atteints. En moyenne, 55 % des nourris-

#### Classification ROME IV

- Régurgitations du nourrisson
- Syndrome de rumination du nourrisson (ou mérycisme en français)
- Syndrome des vomissements cycliques
- Coliques du nourrisson
- Diarrhée fonctionnelle
- Dyschésie du nourrisson
- Constipation fonctionnelle

sons de moins de 6 mois (80 % avant 1 an) ont eu, ont, ou auront au moins un TGIF. Un enfant peut même en présenter plusieurs.



Les deux manifestations les plus récurrentes et qui inquiètent le plus les parents sont les régurgitations et les pleurs excessifs (coliques) avec ou sans flatulences.

## 2. Conséquences

Bien qu'ils soient considérés comme bénins et disparaissent souvent spontanément à plus ou moins long terme, ces TGIF sont, pour certains d'entre eux, très perturbants surtout quand ils touchent de petits nourrissons qui semblent exprimer une douleur ou un inconfort. Les parents sont souvent désemparés devant ces symptômes mal compris, pas toujours faciles à traiter, générant de multiples consultations et qui peuvent ainsi avoir des conséquences non négligeables sur les interactions parents-enfant. Le praticien ne doit donc ni les négliger ni les banaliser et surtout ne pas passer à côté d'une cause organique nécessitant un traitement adapté.

## 3. Les régurgitations du nourrisson

Selon les critères de ROME IV, **le diagnostic peut être posé chez un nourrisson ou un jeune enfant présentant :**

- **2 ou 3 régurgitations/j pendant au moins 3 semaines.**
- Sans nausée, hématemèse, apnée, retard staturo-pondéral, difficultés d'alimentation ou de déglutition ou posture anormale.

Ces régurgitations, ou reflux gastro-œsophagien physiologique, sont le plus fréquent des TGIF de l'enfant : 40 à 65 % des nourrissons de moins de 1 an en souffrent, avec un pic à 3/4 mois (50 à 60 %). Elles disparaissent classiquement et spontanément entre 12 et 14, voire 18 mois.

Peu abondantes et faciles, survenant pendant l'éveil, les régurgitations caractérisent le "bébé cracheur", souvent vif et agité. Elles ne nécessitent aucune exploration ni traitement médicamenteux malgré la demande des parents (qui tolèrent mal ce symptôme) et l'inflation des prescriptions d'IPP constatée actuellement.

Il ne faut surtout pas arrêter l'allaitement maternel. On pourra proposer des laits épaissis et/ou riches en caséine, et il faudra éviter la compression abdominale et le tabagisme passif.

Le traitement repose avant tout sur la réassurance : informer les parents sur la fréquence et l'évolution favorable de ce symptôme et les tranquilliser car la croissance est conservée. Leur expliquer que la position allongée de leur bébé, qui ingurgite beaucoup de liquide avec un œsophage court dont le sphincter inférieur est immature, favorise ces régurgitations.

**Attention cependant s'il existe une dermatite atopique ou des antécédents allergiques familiaux à ne passer à côté d'une allergie aux protéines du lait de vache.**



#### 4. Les coliques ou pleurs excessifs du nourrisson

##### On les évoquera devant :

- Des périodes de pleurs, d'agitation ou d'irritabilité récurrentes ou prolongées, sans cause précise, ne pouvant être ni prévenues ni calmées et survenant chez un enfant en bonne santé, sans trouble de la croissance, ni fièvre, ni maladie.
- Ces symptômes surviennent et disparaissent avant l'âge de 5 mois.

**Ces épisodes durent au moins 3 heures par jour et au moins 3 jours par semaine pendant au moins 1 semaine** (3 pour Wessel). Ils touchent 20 à 25 % des nourrissons, avec un pic vers 6/8 semaines de vie. Il est toujours difficile de distinguer les pleurs fréquents mais consolables (55 %) des pleurs inconsolables (45 %) qui correspondraient mieux à la définition des “coliques” ou “pleurs excessifs”. À noter que certaines coliques ne surviennent que le soir, d'autres toute la journée, et même la nuit.

Les facteurs évoqués sont multiples et variés, faisant intervenir le système nerveux central, dont l'immaturation provoque chez le nourrisson un comportement inadapté ou instable, l'empêchant de s'auto-apaiser et de s'endormir ; le tractus digestif avec un dysfonctionnement passager de la motilité gastro-intestinale (réflexe gas-

tro-colique) et également un déséquilibre de la régulation hormonale (motiline et ghréline). On s'intéresse aussi de plus en plus au microbiote intestinal de ces nourrissons qui ont très souvent une dysbiose, avec moins de bifidobactéries et de lactobacilles ainsi qu'une prédominance d'*Escherichia coli*, de *Clostridium* et de *Klebsiellae*, responsables d'inflammations intestinales et de flatulences.

Les intolérances au lactose sont exceptionnelles à cet âge. Il ne faut cependant pas oublier l'allergie aux protéines du lait de vache surtout s'il existe des antécédents familiaux et des signes d'atopie.

Ces coliques ont souvent un impact très négatif sur l'environnement, les parents et surtout la mère. Les pleurs, difficilement consolables et difficiles à traiter, influent sur l'interaction parent/enfant à un âge clé, perturbent la vie familiale engendrant anxiété, état de tension, colère, frustration, sentiment d'incompétence, exaspération, troubles du sommeil, stress émotionnel parental et créent un véritable cercle vicieux pouvant certes entretenir ces coliques mais surtout aboutir à des états dépressifs, voire des sévices.

C'est pourquoi le praticien doit tout faire pour apaiser ces coliques, l'inconfort du nourrisson et ses conséquences familiales. L'empathie, l'écoute, les explications et la réassurance sont fondamentales. La correction de la dysbiose



peut être d'un appoint non négligeable et certains probiotiques ont démontré leur efficacité dans ce trouble fonctionnel.

## 5. Les autres TGIF du nourrisson et du jeune enfant

### • *Le syndrome de rumination ou mérycisme*

Sa prévalence est de 2 %. **Il est défini par :**

- L'association **pendant au moins 2 à 3 mois** :
  - de contractions répétées des muscles abdominaux, du diaphragme et de la langue ;
  - et de régurgitations du contenu gastrique dans la bouche, qui est mâchonné ou recraché.
- Avec **au moins 3 des critères suivants** :
  - début entre 3 et 8 mois ;
  - pas de réponse à la prise en charge standard d'un RGO ;
  - pas de signes de souffrance accompagnant ces régurgitations ;
  - les symptômes ne surviennent pas pendant le sommeil, ni lors d'interactions avec l'entourage.

Le diagnostic est clinique : **il faut voir cette rumination**. Le mérycisme survient surtout dans des contextes de déprivation relationnelle ou de négligence prolongée, d'absence d'interaction mère/enfant. Il nécessite un soutien adapté.

### • *Le syndrome des vomissements cycliques*

Mieux connu sous le nom de vomissements acétonémiques, ils représentent 3,4 % des TGFI.

**Le diagnostic nécessite :**

- Au moins **2 épisodes** de vomissements paroxystiques **en 6 mois**, avec ou sans nausées durant plusieurs heures ou jours.
- La notion de crises stéréotypées chez chaque enfant.
- Un intervalle libre **de périodes où l'enfant est en bonne santé**, sans vomissement.

Pendant chaque vomissement, le nourrisson est pâle, fatigué et ne supporte pas les bruits ou les lumières ; c'est pourquoi on évoque une parenté avec des migraines, que l'on retrouve d'ailleurs souvent chez les mères. La physiopathologie est inconnue. Bien sûr, il faut éliminer toute autre pathologie dont certaines maladies métaboliques *a minima*. Ce syndrome peut perdurer dans l'enfance et l'adolescence ou évoluer vers de vraies migraines abdominales ou des céphalées.

### • *La diarrhée fonctionnelle du nourrisson*

Communément appelée diarrhée chronique non spécifique du nourrisson, elle a une prévalence de 6 à 7 %. C'est de très loin la cause



la plus fréquente de diarrhée chronique du nourrisson. Elle est **définie selon les critères de ROME IV** par :

- L'émission non douloureuse d'au moins **4 selles volumineuses et non formées par jour**.
- Évoluant depuis au moins 4 semaines.
- Chez un enfant entre 6 et 60 mois.
- **Sans trouble de la croissance associé** en cas d'apport calorique suffisant.

Les selles sont souvent émises le jour et contiennent volontiers du mucus ou des débris alimentaires (diversification). Le transit intestinal est en effet accéléré surtout le jour. Les facteurs nutritionnels semblent jouer un grand rôle sur la motricité de l'intestin grêle. Une dysbiose intestinale peut être la conséquence de cette perturbation de la motricité, engendrant inflammation de la muqueuse et hypersensibilité viscérale. Les facteurs psychologiques et émotionnels sont habituellement très présents (angoisse des parents). Cependant, il y a toujours un respect de la croissance et de l'état général contrairement aux autres causes de diarrhée chronique.

Il n'y a pas de traitement spécifique et seule une évaluation du régime corrigeant certains excès (abondance, jus de fruits, fructose) ou insuffisance d'apports en graisse, associée à une réassurance et à certains probiotiques sont utiles, en évitant toute restriction calorique.

### • *La dyschésie du nourrisson*

Sa prévalence est de 2,4 %. Elle peut survenir chez un enfant de moins de 9 mois. **Les critères diagnostiques retenus sont :**

- Au moins **10 minutes d'effort de poussées et de pleurs** pour émettre une selle moulée ou rien.
- Sans aucun autre problème de santé.

La dyschésie apparaît le plus souvent vers 1 mois et disparaît en 3/4 semaines. Elle est due à un défaut temporaire de coordination entre l'augmentation de la pression abdominale et le relâchement du plancher pelvien. Il ne faut pas la confondre avec les "coliques". Ce n'est pas une constipation et il faut éviter toute manœuvre anorectale.

### • *La constipation fonctionnelle du nourrisson*

Sa prévalence est de 3 % la première année de vie, 10 % dans la seconde mais certaines études indiquent des chiffres plus élevés, pouvant aller jusqu'à 24 %. **Les critères diagnostiques de ROME IV sont les suivants :**

- Depuis au moins 1 mois, **survenue de 2 des symptômes** suivants chez un enfant de moins de 4 ans :
  - 2 ou moins de 2 défécations par semaine;
  - antécédent de rétention excessive des selles;





- antécédent de douleur ou de défécation difficile;
- antécédent de selles très volumineuses;
- présence d'une large masse fécale dans le rectum.

■ **Et après l'acquisition de la propreté:**

- au moins 1 épisode par semaine d'incontinence;
- épisodes de selles très volumineuses ayant obstrué les toilettes.

Le phénomène majeur, quel que soit l'âge, est la rétention. Il peut s'agir chez le tout-petit soit d'une peur d'émettre des selles qui deviennent donc dures et difficiles à exonérer, soit des erreurs de régime et, chez les plus grands, souvent d'une trop grande rigueur dans l'acquisition de la propreté. Plus le traitement est démarré tôt, plus il sera efficace. Il faut assurer des défécations indolores et donc supprimer le phénomène de rétention par des mesures diététiques et des laxatifs non stimulants (PEG). Le traitement doit être prolongé et cela d'autant plus que la constipation est ancienne. La constipation fonctionnelle existe à tout âge.

## TGIF DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT [1, 4-6]

Les TGIF touchent environ 20 % de cette population. Par définition bénins, et théoriquement d'évolution favorable, ils affectent lourdement la qualité de vie de ces jeunes

patients (absentéisme scolaire, isolement social, état anxieux) et de leur famille, parfois même plus qu'une affection organique.

Leur diagnostic repose sur les critères de ROME IV, mais seulement après s'être assuré que les symptômes ne peuvent être rapportés à une pathologie organique, d'autant que des associations peuvent coexister.

### Classification ROME IV

#### Troubles fonctionnels associés aux nausées et vomissements

- Syndrome des vomissements cycliques
- Nausées et vomissements fonctionnels
- Mérycisme
- Aérophagie

#### Troubles fonctionnels associés à une douleur abdominale

- Dyspepsie fonctionnelle
- Syndrome de l'intestin irritable
- Migraine abdominale
- Douleur abdominale fonctionnelle

#### Troubles fonctionnels de la défécation

- Constipation fonctionnelle
- Incontinence fécale non rétentionnelle

### 1. Troubles fonctionnels associés aux nausées et vomissements

#### • *Le syndrome des vomissements cycliques*

Les critères du syndrome des vomissements cycliques sont quasiment les mêmes que pour le petit enfant.



■ Au moins **2 épisodes** de nausées intenses et incessantes et de vomissements paroxystiques en 6 mois, durant plusieurs heures ou jours.

■ Des crises stéréotypées chez chaque patient.

■ Des crises **séparées par des périodes où l'enfant est en bonne santé**, sans vomissement.

■ Sans autre explication après une évaluation médicale rigoureuse.

La prévalence est d'environ 1 % et l'âge moyen de survenue est de 4 à 7 ans, mais ce syndrome peut toucher des adolescents (attention à ne pas passer à côté d'une consommation excessive de cannabis), voire des adultes. L'amitriptyline peut être proposée chez les enfants de plus de 5 ans, avec ou sans thérapies comportementales.

#### • **Les nausées et vomissements fonctionnels**

Ils sont surtout présents chez les enfants anxieux, voire dépressifs. Il n'y a pas de douleurs. Ce syndrome répond aux critères suivants :

■ **Nausées fonctionnelles :**

- depuis au moins 2 mois ;
- la nausée est le syndrome prédominant : au moins 2 fois par semaine sans rapport avec les repas ;

- non forcément associées à des vomissements ;
- sans autre explication médicale.

■ **Vomissements fonctionnels :**

- au moins 1 vomissement par semaine ;
- sans vomissement provoqué ni autre critère de trouble alimentaire ou mérycisme ;
- sans autre explication médicale.

#### • **Le syndrome de rumination (mérycisme)**

Il est volontiers méconnu car souvent caché. Il peut se voir à tout âge, surtout chez les adolescentes, et est associé à des troubles du comportement.

Il est dû à une augmentation de la pression gastrique après contraction des muscles abdominaux.

**Il est défini selon les critères du ROME IV par :**

- La répétition, depuis au moins 2 mois, de **régurgitations avec mâchonnement** ou expulsion de nourriture, démarrant tôt après le repas, mais pas pendant le sommeil.
- Sans nausée, ni haut-le-cœur préalable.
- Sans autre explication médicale, en particulier pas de trouble alimentaire.



### • *L'aérophagie*

Les critères retenus par le consensus ROME IV pour le diagnostic d'aérophagie sont l'existence depuis plus de 2 mois :

- D'une déglutition d'air excessive.
- D'une distension abdominale liée à l'air intraluminal et qui augmente au cours de la journée.
- Avec éructations et/ou flatulences exagérées.
- Sans autre explication médicale après une évaluation approfondie.

Cette condition serait relativement fréquente en pédiatrie où l'anxiété peut être un facteur favorisant la déglutition d'air. Les thérapies comportementales ou la psychothérapie sont souvent nécessaires.

### **2. Troubles fonctionnels associés à une douleur abdominale**

Ce sont de loin les plus fréquents des TGI dans cette tranche d'âge, avec des incidences variant de 3 à 20 %, pouvant aller jusqu'à 25 % selon les études. Le syndrome de l'intestin irritable est le plus fréquent (40 à 45 % des cas), suivi de la migraine abdominale (20 %), des douleurs abdominales fonctionnelles et de la dyspepsie fonctionnelle.

### • *La dyspepsie fonctionnelle*

Elle touche surtout les adolescents **et se manifeste par (critères de ROME IV) :**

- Au moins un des symptômes pénibles suivants durant au moins 4 jours par mois :
  - sensation d'une plénitude post-prandiale ;
  - satiété précoce ;
  - douleur (ou inconfort) ou brûlures épigastriques sans rapport avec la défécation ;
  - sans autre cause médicale ;
  - évoluant depuis au moins 2 mois.

**Deux sous-types sont reconnus :**

**>>>** Le syndrome de "détresse" post-prandiale, où la sensation de plénitude gastrique ou de satiété précoce empêche de finir un repas normal, avec ballonnement abdominal, nausées post-prandiales ou éructations excessives.

**>>>** Le syndrome de douleur épigastrique dans lequel la douleur ou la brûlure de l'épigastre (et non ailleurs) est suffisamment sévère pour entraver l'activité normale et n'est pas améliorée par la défécation ou l'élimination de gaz. La douleur est souvent liée à l'ingestion d'un repas.

On évoque des anomalies de la motricité gastrique, une hypersensibilité viscérale centrale et/ou périphérique, une inflammation



et des facteurs génétiques. Certaines formes sont très douloureuses et les IPP peuvent être efficaces. Les facteurs psychologiques sont très impliqués.

### • *Le syndrome de l'intestin irritable*

**Le diagnostic repose sur les critères suivants :**

- Des **douleurs abdominales** survenant au moins 4 jours par mois avec soulagement à la défécation, accompagné de modifications de la consistance des selles (soit diarrhée [SII – D], soit constipation [SII – C], soit encore l'association des 2) et de leur fréquence.
- Ces troubles durent depuis plus de 2 mois.
- Dans le SII-C, la douleur abdominale ne disparaît pas avec le traitement de la constipation, à la différence de la constipation fonctionnelle.

Le SII est un modèle de désordre de l'axe cerveau/tube digestif. L'hypersensibilité viscérale de ces enfants peut être liée à une détresse psychologique, à une inflammation de la muqueuse et à une dysbiose très souvent impliquée (cause et/ou conséquence). L'utilité de certains probiotiques a d'ailleurs été démontrée et paraît logique du fait de leurs effets trophique et anti-inflammatoire réel en plus de leur capacité à modifier le microbiote. La diminution d'ingestion des glucides fermentables (FODMAP) peut être bénéfique.

### • *La migraine abdominale*

**On peut l'évoquer devant (ROME IV) :**

- Des **douleurs abdominales aiguës** très sévères et pénibles, péri-ombilicales, médianes ou diffuses, très invalidantes et entravant toute activité normale, durant 1 heure ou plus et séparées par des intervalles sans symptômes pendant plusieurs semaines ou mois.
- Ces douleurs sont associées à au moins 2 des symptômes suivants : nausées et/ou vomissements, céphalées, photophobie, pâleur.
- Les symptômes sont toujours les mêmes chez le même patient.
- Il n'existe aucune autre explication médicale.

Le diagnostic de migraine abdominale est porté de plus en plus souvent chez l'enfant. De nombreux traitements sont proposés, avec plus ou moins de succès.

### • *La douleur abdominale fonctionnelle*

**Elle est évoquée devant (ROME IV) :**

- Une **douleur abdominale** épisodique ou continue survenant au moins 4 fois par mois depuis 2 mois.



- Ne survenant pas uniquement lors d'événements physiologiques (comme un repas ou des menstruations).
- Sans critères évoquant une dyspepsie, un syndrome de l'intestin irritable ou une migraine abdominale.
- Sans autre cause médicale.

Ces enfants sont souvent soumis à de nombreux stress. La réassurance auprès de l'enfant et de ses parents de même qu'une thérapie comportementale sont utiles.

La physiopathologie de ces douleurs abdominales fonctionnelles est très complexe et n'est pas encore totalement cernée. Elle fait intervenir, comme cela a déjà été évoqué, de nombreux éléments dont il est difficile de préciser lequel domine ou de déterminer la séquence de leur intervention. Cela a été particulièrement étudié dans le syndrome de l'intestin irritable et la dyspepsie fonctionnelle de l'adulte. La conception d'une pathologie multifactorielle reste prédominante : les symptômes traduiraient un dysfonctionnement des communications entre le système nerveux central et le système nerveux périphérique entérique qui provoque des troubles moteurs au niveau du grêle et du côlon, favorisant l'apparition d'une hypersensibilité viscérale, rendant pénibles, voire douloureux, des phénomènes normaux comme les mouvements des gaz intraluminaux ou une distension intestinale même modérée. La dysbiose est de

plus en plus impliquée dans ces phénomènes car de nombreux travaux montrent qu'elle peut provoquer des troubles moteurs intestinaux, une hypersensibilité viscérale, une altération de la barrière intestinale et l'apparition d'une inflammation, perturbant l'interaction avec le système nerveux central. La dysbiose interviendrait aussi dans l'impact des modifications alimentaires de ces patients.

Si ces douleurs abdominales fonctionnelles représentent 85 à 90 % des douleurs abdominales récurrentes de l'enfant, il faut, avant de retenir le diagnostic de TGIF, toujours effectuer une analyse approfondie des symptômes pour ne pas ignorer une cause organique.

### 3. Troubles fonctionnels de la défécation

#### • *La constipation fonctionnelle*

Elle touche 12 à 14 % des enfants. **Les critères diagnostiques associent, chez un enfant de plus de 4 ans :**

- Depuis au moins 1 mois, **2 des symptômes suivants :**
  - 2 ou moins de 2 défécations par semaine ;
  - au moins 1 épisode d'incontinence fécale par semaine ;
  - antécédent de rétention excessive des selles ;
  - antécédent de douleur ou de défécation difficile ;



- antécédent de selles très volumineuses qui peuvent obstruer les toilettes;
- présence d'une importante masse fécale dans le rectum.

■ Aucun signe de syndrome de l'intestin irritable.

Cette constipation survient surtout chez des enfants qui se retiennent d'exonérer à cause de la douleur ou de raisons sociales (école, voyage...), ce qui crée un véritable cercle vicieux : réabsorption d'eau, selles compactes et dures, formation d'un fécalome rectal et d'une distension avec perte de la sensation rectale et incontinence. Le traitement nécessite une désimpaction fécale orale ou par voie rectale, puis au très long cours une diététique adaptée, des laxatifs (PEG). Certains probiotiques ont montré leur efficacité.

#### • *L'incontinence fécale sans rétention*

**C'est un problème comportemental.** Sa prévalence est comprise entre 1 et 4 % et **son diagnostic associe depuis au moins 1 mois chez un enfant âgé de 4 ans et plus :**

- Des défécations dans des endroits inappropriés au contexte socioculturel.
- Sans rétention fécale évidente.
- Sans autre explication médicale.

## CONCLUSION

Ainsi, les TGIF représentent une partie très importante de la pathologie pédiatrique. Si les différents troubles sont de mieux en mieux répertoriés grâce aux critères de ROME IV, leur physiopathologie, tout au moins pour certains d'entre eux, reste encore mal comprise car une multitude de facteurs, plus ou moins intriqués, peuvent influencer.

L'interaction cerveau/tube digestif est un élément essentiel dans la perception de la douleur et/ou de l'inconfort et dans les dysfonctionnements de la motricité digestive, ce dont il faut tenir compte dans le traitement.

Le rôle des perturbations du microbiote est aussi évoqué et des études ont démontré l'efficacité de certains produits probiotiques dans certains types de TGIF comme les coliques du nourrisson ou les douleurs abdominales fonctionnelles, la constipation fonctionnelle, la diarrhée fonctionnelle et le syndrome de l'intestin irritable.

La prise en charge doit également tenir compte de la perturbation de la qualité de vie de l'enfant et de son environnement familial que provoquent souvent ces TGIF.

---

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

## BIBLIOGRAPHIE

---

1. DROSSMAN DA. Functional Gastrointestinal Disorders: History, Pathophysiology, Clinical Features, and ROME IV. *Gastroenterology*, 2016;150:1262-1279.
2. ZEEVENHOOVEN J, KOPPEN IJ, BENNINGA MA. The New ROME IV Criteria for Functional Gastrointestinal Disorders in Infants and Toddlers. *Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr*, 2017;20:1-13.
3. BENNINGA MA, FAURE C, HYMAN PE *et al.* Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: Neonate/Toddler. *Gastroenterology*, 2016;150:1443-1455.
4. HYAMS JS, DI LORENZO C, SAPS M *et al.* Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: Child/Adolescent. *Gastroenterology*, 2016;150:1456-1468.
5. NURKO S, SAPS M, DI LORENZO C *et al.* The pediatric ROME IV criteria: what's new. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol*, 2017;11:193-201.
6. Désordres fonctionnels gastro-intestinaux. *Christophe Faure in Gastroentérologie pédiatrique: Progrès en pédiatrie*. Doin 2016:179-187.

SP-18.03

De par son engagement à respecter la Charte et le Référentiel, BIOCODEX applique les règles de déontologie de la profession. Pour toute question à ce sujet, notre délégué médical est à votre disposition.

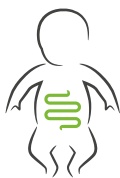
---

Le fichier utilisé pour vous communiquer le présent document est déclaré auprès de la CNIL. En application des articles 39 et 40 de la loi n° 2004-801 du 6 août 2004 (modifiant la loi du 6 janvier 1978 — “Informatique et Libertés”) relative à la protection des personnes physiques à l’égard des traitements de données à caractère personnel, tout participant dispose d’un droit d’accès et de rectification aux données le concernant. Il pourra exercer ce droit en écrivant au Pharmacien Responsable de notre laboratoire.

---

COLIQUES  
DU NOURRISSON <sup>(1)</sup>

NOUVEAU



# BIFIBABY®

*Bifidobacterium breve* BR03 et B632

**DIMINUE LA  
DURÉE JOURNALIÈRE  
DES PLEURS <sup>(2)\*</sup>**



**5 GOUTTES  
PAR JOUR  
SANS ALLERGÈNE  
SANS ARÔME**

(1) BIFIBABY® est un complément alimentaire en accompagnement de la prise en charge des coliques du nourrisson. Il ne doit pas se substituer à un mode de vie sain et à une alimentation variée et équilibrée.

(2) Giglione E. *et al.* The Association of *Bifidobacterium breve* BR03 and B632 is Effective to Prevent Colics in Bottle-fed Infants: A Pilot, controlled, Randomized, and Double-Blind Study. *J Clin Gastroenterol*. 2016 Nov/Dec; 50 Suppl 2.  
\* p = 0,016 au 3<sup>ème</sup> mois

Liste des pharmacies partenaires : [www.symbiosys.com](http://www.symbiosys.com)

**SYMBIOSYS**  
LE MICROBIOTE POUR LA VIE

BIOCODEX