

Webconférence

Régurgitations du nourrisson : à chaque bébé sa prise en soins

M. BELLAÏCHE, T.-A. TRAN, A. LEMOINE

Jeudi 1^{er} décembre, Réalités Pédiatriques, en partenariat avec le laboratoire Gallia et Nutricia Allergie, a organisé une webconférence sur les régurgitations du nourrisson et leur prise en soins autour du Dr Marc Bellaïche, du Pr Tu-Anh Tran et du Dr Anaïs Lemoine. En voici les résumés.



Un même symptôme, des profils différents ?

Compte rendu rédigé par le Dr M. Bellaïche, Hôpital Robert Debré, Paris.

Les critères de Rome IV, qui décrivent les troubles fonctionnels intestinaux du nourrisson, établissent une définition précise des régurgitations [1]. Le diagnostic se fait chez des enfants âgés de trois semaines à douze mois en bonne santé par ailleurs, en cas de régurgitations deux fois ou plus par jour pendant trois semaines ou plus et en l'absence d'effort pour vomir, de vomissements sanglants, de fausses routes, d'apnée, de stagnation de la croissance, de difficultés pour s'alimenter ou pour avaler ou d'attitude en torticolis (syndrome de Sandifer). Cette définition se veut normative, dans le but de fédérer la terminologie.

Tout ce qui n'est pas régurgitation représente donc un reflux gastro-œsophagien (RGO) compliqué du nourrisson. L'attitude thérapeutique est alors simple : mesures hygiéno-diététiques ou IPP. L'article présentant les recommandations nord-américaines et européennes propose le même paradigme dichotomique [2]. En pratique clinique, est-il si aisé de faire le *distinguo* régurgitation et RGO ? Tous les RGO ne peuvent-ils pas être vécus par les familles, comme des symptômes gênants... et de ce fait être tous compliqués, avec prescription d'IPP à la clef ?

Le vécu de consultation nous permet de proposer, non pas des définitions institutionnelles, mais une approche clinique menant à des attitudes thérapeutiques adaptées :

>>> Lorsque le bébé présente des rejets simples, il y a des remontées involontaires de lait qui tachent les vêtements ou le canapé, sans rictus désagréable visible. Ces rejets surviennent en moyenne moins de 3 fois par jour. Il convient de vérifier la reconstitution et la quantité des biberons ou la position lors de l'allaitement maternel. Un bavoir bien porté atténuera les dégâts !

>>> Dans le cadre des régurgitations, quatre profils peuvent être définis :

● Le premier profil de bébé présente des régurgitations simples

Ce sont des rejets fréquents, plus de 3 fois par jour en moyenne, parfois plus. Les mères sont inquiètes par l'importance et la fréquence des rejets, mais ceux-ci ne se compliquent pas de perte de poids et il y a souvent majoration de la quantité rejetée [3]. Il convient, outre les conseils précédents, de rassurer les mères en leur

expliquant le mécanisme physiopathologique des régurgitations. En cas d'alimentation au biberon, l'épaississement de la formule infantile par de la caroube ou de l'amidon de maïs, de pomme de terre ou de riz a démontré une efficacité statistiquement significative [4]. Rappelons qu'il n'est pas autorisé d'utiliser la caroube chez les anciens prématurés de moins de 42 SA, et la gomme de xanthane chez les nourrissons de moins de 1 an.

● Le deuxième profil présente des régurgitations inconfortables

Les régurgitations sont peu importantes, mais elles perturbent beaucoup le sommeil et la qualité de vie du nourrisson et de sa famille de telle sorte que certains l'étiquettent (à tort) "reflux interne". Le nourrisson chouine, est grincheux, gêné, inconfortable, se cambre pendant le biberon et mange lentement par à-coups. Il est soulagé difficilement par la position verticale post-prandiale. Une prescription de pansements gastriques anti-acides, voire un essai par un hydrolysât poussé de protéines de lait de vache se discutent en plus des conseils précités.

Webconférence

● **Le troisième profil présente des troubles fonctionnels intestinaux (TFI) associés**

74 % des nourrissons souffrent non pas d'un mais de plusieurs TFI [5]. L'expérience montre que le traitement d'un TFI améliore l'ensemble des TFI et la qualité de vie globale de la famille.

● **Le dernier profil est celui du reflux gastro-œsophagien compliqué**

Il est défini par des examens complémentaires qui permettent d'affirmer un

RGO "maladie" et nécessite un traitement par IPP.

BIBLIOGRAPHIE

1. BENNINGA MA *et al.* Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: Neonate/Toddler, *Gastroenterology*, 2016;S0016-5085(16)00182-7.
2. ROSEN R *et al.* Pediatric Gastroesophageal Reflux Clinical Practice Guidelines: Joint Recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology,

and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2018;66:516-554.

3. PILLO-BLOCKA F *et al.* : How much is a lot of emesis ? *Lancet*, 1991;337:311-312.
4. Horvat, Managing gastro-oesophageal reflux in infants. *BMJ*, 2010;341:c4420
5. BELLAICHE M *et al.*, Multiple functional gastrointestinal disorders are frequent in formula-fed infants and decrease their quality of life. *Acta Paediatr.* 2018;107:1276-1282.

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



Bébé qui pleure : une fatalité ? Vaut mieux prévenir que guérir

Compte rendu rédigé par le Pr T.-A. Tran, CHU, Nîmes.

Un bébé qui pleure, quoi de plus "normal" ? Mais quand il pleure de façon excessive, cela peut occasionner du stress et de l'anxiété chez les parents et, à la longue, produire chez eux une anxiété chronique, voire une dépression maternelle.

Deux postulats sont importants à connaître :

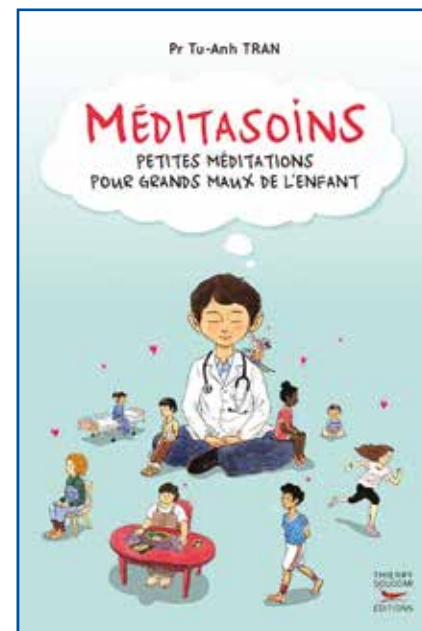
– le bébé est une "boule" de sensations : il n'élabore pas de pensée et ne peut "mettre les mots" sur ses émotions, il ne fait que réagir aux sensations. Si c'est agréable, il sourit. Si c'est désagréable, il crie, il pleure ;

– jusqu'à l'âge de 6 mois, le bébé ne distingue pas le corps de sa maman du sien, donc ce que ressent la maman influence fortement son ressenti, et vice-versa.

Quand bébé pleure, logiquement les parents cherchent d'abord à repérer ce qui peut lui occasionner des sensations désagréables : une couche pleine ? La faim ? La soif ? Trop chaud ? Trop froid ? Quand aucune cause apparente n'est décelée, ils commencent à suspecter des causes internes : un reflux gastro-œso-

phagien ? Des coliques ? Ces causes, certes fréquentes, ont souvent "bon dos" et les parents demandent alors à changer le lait, à lui donner de la tisane, voire des médicaments.

Or la première chose à faire est de calmer bébé. Je recommande une méthode qui marche à tous les coups pour calmer un bébé qui pleure. J'ai appris cette technique au Vietnam quand j'étais jeune, c'est la "berceuse vietnamienne". On place une main sous la nuque du bébé pour tenir sa tête et l'autre sous les fesses et on fait des mouvements de berceement verticaux, de haut en bas et de bas en haut, de façon rythmée et très douce. Si le bébé est lourd, on plaque nos coudes au corps et on berce le bébé en balançant notre propre tronc d'avant en arrière. Aucun bébé ne résiste à cette berceuse : il se calme immédiatement, sourit ou babille. Cette méthode stabilisant son tonus axial, le bébé étant libre de ses mouvements, il est disposé à interagir avec le milieu ambiant, il est "à l'aise". La seule situation qui empêche bébé de se calmer ainsi est quand il a faim. Dans ce cas, il faut lui donner la tétée ou le biberon.



Médit'asins : petites méditations pour grands maux de l'enfant. Edition Thierry Souccar.

Le maternage passe aussi par le calme de la maman. Les exercices de respiration consciente et de relâchement, que j'intitule Médit'accueil (**voir encadré**), apaisent la mère. Elle peut alors gérer les

Webconférence

Médit'accueil

- Installez-vous confortablement sur la chaise
- Prenez conscience de vos points d'appui : les pieds bien à plat sur le sol, le siège sur la chaise, le dos contre le dossier, la tête droite dans l'axe du cou, les épaules relâchées, les yeux fermés.
- Concentrez-vous sur votre respiration :
 - Inspire vous pensez "inspire"
 - Expire vous pensez "expire"
 - Inspire, expire, inspire, expire (5 fois)
- **Maintenant :**
 - L'inspire est plus profonde et pensez "Plus profonde"
 - L'expire est plus lente et pensez "Plus lente"
 - Inspire "Plus profonde", expire "Plus lente" (5 fois)
- **Maintenant :**
 - À l'inspire souriez et pensez "Je souris"
 - À l'expire relâchez-vous de la tête aux pieds et pensez "Je relâche"
 - Inspire "Je souris", expire "Je relâche" (5 fois)
- **Maintenant :**
 - À l'inspire revenez à l'instant présent et pensez "Moment présent"
 - À l'expire pensez à votre bébé : "Moment merveilleux"
 - Inspire "Moment présent", expire "Moment merveilleux" (5 fois)

pleurs de son bébé avec tranquillité sans être débordée par ses émotions. Pour endormir son bébé, elle peut pratiquer la marche méditative, ou Méditamarche, en plaquant son enfant contre sa peau et en calant le rythme de ses pas sur son inspiration et son expiration. Après quelques minutes de marche, bébé dort.

La pleine conscience du souffle aide la mère, ou le père, à être présent au bébé et

à reconnaître l'existence merveilleuse de ce petit être qui est arrivé au monde pour être heureux !

De nombreuses études scientifiques ont montré que les programmes d'accouchement et de parentalité basés sur la pleine conscience (MBCP : *Mindfulness based childbirth and parenting*) augmentent la connaissance de soi et l'autocompassion des parents et diminuent l'anxiété et la

dépression maternelle en période néonatale précoce [1-4].

Non, les pleurs de l'enfant ne sont pas une fatalité. Ils peuvent être pris en charge bien en amont par la position de confort du bébé et la bonne gestion du stress des parents. Cela s'apprend, avant et après la naissance, en consultation au cabinet. Ce n'est pas long et cela épargne de recourir à des examens et des traitements inutiles.

BIBLIOGRAPHIE

1. LÖNNBERG G, NISSEN E, NIEMI M. What is learned from Mindfulness Based Childbirth and Parenting Education? – Participants' experiences. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18:466.
2. DUNCAN LG, N. Bardacke Mindfulness-Based Childbirth and Parenting Educationb: Promoting Family Mindfulness During the Perinatal Period. *J Child Fam Stud*. 2010;19:190-202
3. PAN WL, CHANG CW, CHEN SM *et al*. Assessing the effectiveness of mindfulnessbased programs on mental health during pregnancy and early motherhood – a randomized control trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2019;19: 346.
4. SHOREY S, ESPERANZA-DEBBY NG. The efficacy of mindful parenting interventions: A systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud*, 2021;121: 103996.doi: 10.1016/j.ijnurstu.2021.103996.

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



Régurgitations : quand rien ne marche, quelles solutions ?

Compte rendu rédigé par le Dr A. Lemoine, Hôpital Trousseau, Paris.

Les régurgitations sont des symptômes fréquents chez le nourrisson de moins de 1 an. Les sociétés européennes et nord-américaines de gastro-entérologie et nutrition pédiatriques (ESPGHAN et NASPGHAN) ont rédigé en 2018 des recommandations quant à la prise en charge du RGO chez les nourrissons [1].

Généralement, les mesures hygiéno-diététiques suffisent amplement. Dans certaines situations (ex : nombreuses régurgitations quotidiennes, mauvaise prise de poids, hématurie, persistance du reflux après l'âge de 12-18 mois, anomalie de posture évoquant un syndrome de Sandifer, difficultés respiratoires...), des examens complémentaires peuvent

être nécessaires pour confirmer le diagnostic ou rechercher des facteurs favorisants (pH-métrie, impédancemétrie, TOGD, endoscopie digestive haute). Cependant, les résultats de la pH-métrie ne sont pas toujours corrélés aux symptômes, avec une pH-métrie pathologique (reflux avec pH < 4 pendant plus de 5-10 % du temps sur 24h)

dans seulement 20 % des cas suspects de RGO sévères. L'endoscopie digestive ne confirme pas non plus le diagnostic d'œsophagite peptique dans 75 % des cas [2].

Puisque les régurgitations ne sont pas toujours acides, et qu'il y a une co-existence fréquente du RGO et l'allergie aux protéines du lait de vache (APLV) (16-56 % des cohortes) [2], les recommandations ESPGHAN/NASPGHAN préconisent une épreuve d'éviction des PLV pendant 2-4 semaines en cas d'échec des mesures hygiéno-diététiques, suivie d'une réintroduction diagnostique [1]. Quand l'APLV est responsable du RGO, les symptômes s'améliorent en moins de 2 semaines sous régime d'éviction [3]. et récidivent de manière nette à la réintroduction des PLV.

Quand le diagnostic d'APLV est infirmé, un traitement médicamenteux peut être prescrit. Il est opportun (quand c'est possible) de demander un avis gastro-pédiatrique et l'indication d'une pH-métrie peut alors être discutée. On peut également tenter un traitement d'épreuve de 4 à 8 semaines par des IPP [1]. Cependant, il faut savoir que, bien que les IPP diminuent l'acidité gastrique, ils n'améliorent pas les symptômes de reflux [4].

De plus, les IPP ne sont pas recommandés dans le traitement des pleurs des enfants sains. Les IPP reçus avant l'âge de 6 mois sont associés à une augmentation du risque d'allergies alimentaires ($\times 2,6$ à $3,9$), et d'asthme ($\times 1,4$) pendant l'enfance, y compris en cas de cure courte (moins de 60 jours) [5]. La modification de l'acidité gastrique est responsable d'une perturbation du microbiote intestinal et une augmentation des pathologies infectieuses gastro-intestinales [6].

Devant des régurgitations du nourrisson, quand les mesures hygiéno-diététiques ne fonctionnent pas, on évoquera toujours une allergie aux protéines du lait de vache avant de prescrire des IPP dont l'efficacité n'est pas toujours démontrée et dont les effets secondaires sont reconnus.

BIBLIOGRAPHIE

1. ROSEN R, VANDENPLAS Y, SINGENDONK M *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. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 2018;66:516-554.
2. SALVATORE S, AGOSTI M, BALDASSARRE ME *et al.* Cow's milk allergy or gastroesophageal reflux disease—can we solve the dilemma in infants? *Nutrients*. 2021;13:1–17.
3. PAYOT F. Etude Pepsy: résultats intermédiaires. *Réalités Pédiatriques*, 2022;261:65-68.
4. BARDOU M, FORTINSKY KJ, CHAPPELLE N *et al.* An update on the latest chemical therapies for reflux esophagitis in children An update on the latest chemical therapies for reflux esophagitis in children. *Expert Opin Pharmacother*, 2019;20:231–239.
5. MITRE E, SUSI A, NYLUND CM *et al.* Association between use of acid-suppressive medications and antibiotics during infancy and allergic diseases in early childhood. *JAMA Pediatr*, 2018;172:e180315.
6. LEVY E, HOANG D, VANDENPLAS Y. The effects of proton pump inhibitors on the microbiome in young children. *Acta Paediatr*, 2020;109:1531–1538.

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