



ELSEVIER
MASSON



Société
Française
de Pédiatrie

focus

Archives de
Pédiatrie

NOVEMBRE 2014 / N°9

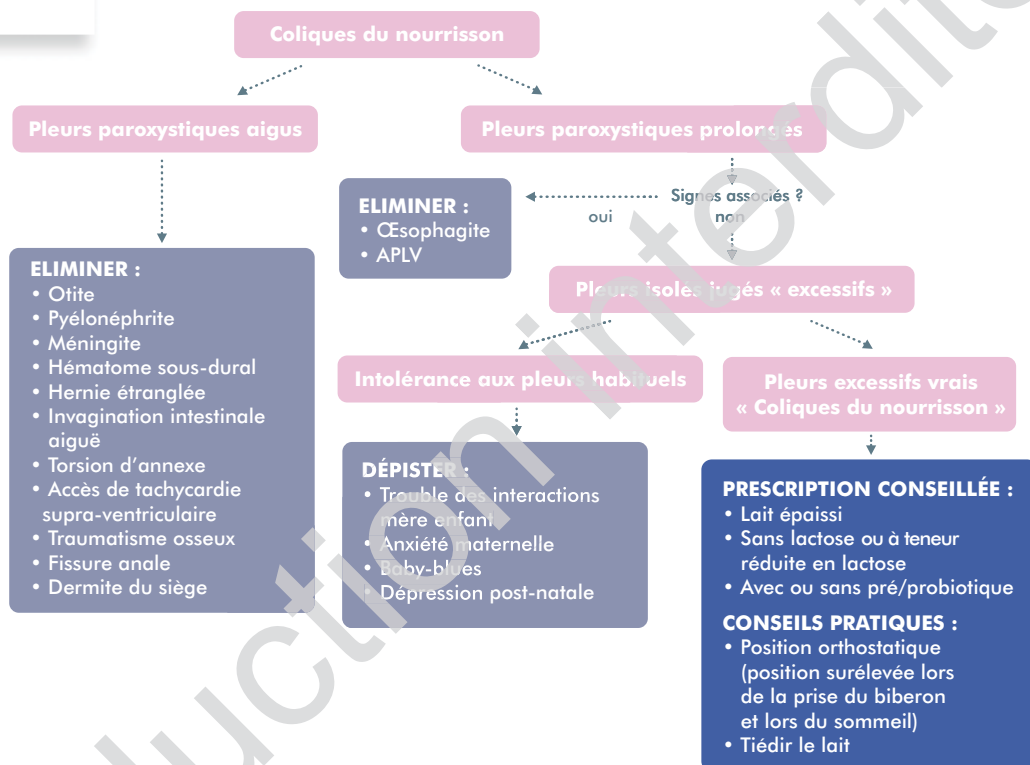
LES TROUBLES DIGESTIFS BÉNINS DU NOURRISSON

Les troubles digestifs bénins représentent une des premières difficultés rencontrées par les parents et un motif fréquent de consultation chez le médecin, celle-ci souvent longue et compliquée devant des parents en attente de solutions concrètes. Influencés par de nombreux facteurs, physiques ou psychiques, les troubles digestifs bénins reflètent notamment l'immaturation de l'appareil digestif qui doit s'adapter à la progression des apports lactés dans les premières semaines de vie puis à la diversification. Ainsi, plus des deux tiers des jeunes nourrissons régurgitent dans les premiers mois de vie, tandis que les troubles du transit, diarrhée ou constipation s'observent surtout après 6 mois. Enfin les coliques du premier trimestre, se manifestant par des pleurs inconsolables, concernent environ 20 % des enfants. Ces troubles sont bénins mais ne dispensent pas d'une démarche clinique rigoureuse pour ne pas méconnaître des pathologies plus graves.



COLIQUES

Les pleurs sont physiologiquement pluriquotidiens chez le jeune nourrisson, augmentent en fréquence et durée de la naissance jusqu'à l'âge de 6 semaines, puis baissent progressivement pour disparaître vers la fin du premier trimestre ⁽¹⁾. Les pleurs jugés excessifs sont source de nombreuses consultations en médecine ambulatoire comme en PMI et même aux urgences hospitalières. Leur prise en charge nécessite une grande disponibilité et participe à la prévention du syndrome des bébés secoués.



En cas de pleurs paroxystiques aigus et récents, en général intenses et de début brutal, il convient d'éliminer une pathologie médicale ou chirurgicale dont la prise en charge est souvent urgente. Le plus souvent, les pleurs datent depuis plusieurs jours ou semaines, et sont jugés excessifs par les parents. Il faut apprécier leur caractère réellement excessif, arbitrairement défini par la règle des 3 fois 3 (plus de 3 heures par jour, plus de 3 jours par semaine, depuis au moins 3 semaines) et surtout le ressenti des familles, souvent dépassées ou anxieuses. Il convient de rechercher des symptômes associés qui orienteraient vers une œsophagite par reflux (régurgitations, pleurs liés à l'alimentation), ou plus rarement vers une allergie aux protéines du lait de vache (eczéma, prise de poids insuffisant, selles molles, vomissements).

Habituellement les pleurs sont isolés, ou associés à des troubles du sommeil, et correspondent aux « coliques du nourrisson ». La prise en charge est surtout basée sur l'écoute, le soutien empathique.

Réexpliquer les besoins physiologiques et le rythme veille sommeil normaux du nouveau-né est important.

Des conseils pour le portage, l'enveloppement, l'endormissement sont utiles.

Il faut apprécier l'inquiétude de la mère, la rassurer sur ses compétences, et redonner confiance aux parents.

L'administration de laits spécifiques peut être envisagée : lait épaissi, lait pauvre en lactose, lait contenant des pré/probiotiques, tout en évitant des changements de lait itératifs.

Parfois les pleurs ne semblent pas quantitativement excessifs et contrastent avec une anxiété maternelle marquée, voire des éléments dépressifs. Il faut alors évoquer un post-partum blues, voire une dépression post-natale, responsables de troubles des interactions mère-enfant pouvant justifier d'une prise en charge psychiatrique spécialisée.

CONSTIPATION

La constipation est définie comme l'émission de moins d'une selle par jour chez le nourrisson au biberon ⁽²⁾. En cas d'allaitement au sein, la fréquence des selles peut être extrêmement variable. Parfois, c'est le caractère difficile et douloureux de l'exonération, pourtant quotidienne, qui oriente vers la constipation. En cas de météorisme abdominal marqué chez un jeune nourrisson, il faut rechercher une cause organique digestive : maladie de Hirschsprung surtout (retard d'émission du méconium, débâcles de selles liquides), plus rarement sténose anale (selles rubanées, toucher rectal), antéposition anale sténose colique, pseudo-obstruction intestinale chronique (POIC), voire maladie cœliaque ou mucoviscidose. Rarement, des signes associés orientent vers une cause organique extra-digestive.

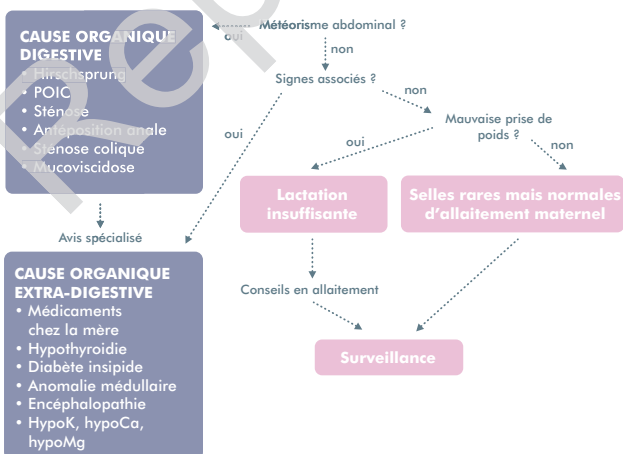
Chez le nourrisson allaité au sein, il faudra rechercher une prise de médicaments ralentisseurs du transit chez la mère, et surtout rechercher une insuffisance de lactation en cas d'urines rares (« couches sèches ») et une mauvaise prise de poids. Des conseils pour aider l'allaitement sont nécessaires. Des selles rares, isolées, peuvent se voir de façon normale au-delà de 15 jours de vie chez un nourrisson allaité au sein ayant un examen clinique et une prise de poids normaux.

En cas de gêne à l'évacuation, on peut conseiller de façon temporaire un laxatif de type huile de paraffine, et de débiter la diversification dès le début du quatrième mois. Une évaluation globale de l'alimentation et des règles hygiéno-diététiques de la maman est à réaliser, en postpartum. La mère souhaitant souvent perdre du poids, son régime alimentaire peut en effet ne plus être adapté à l'allaitement.

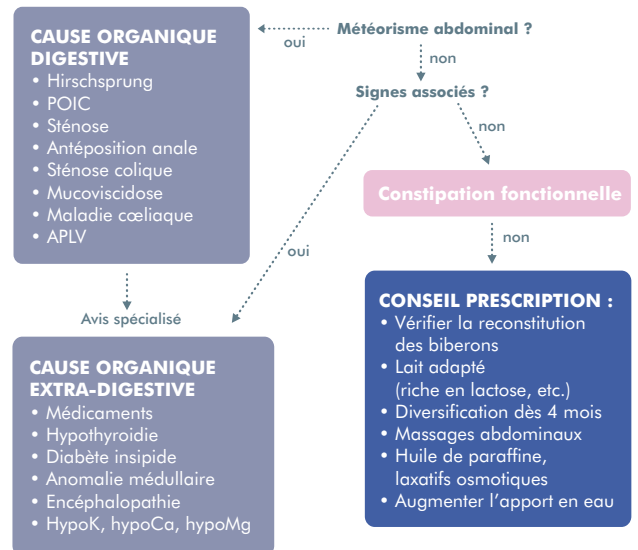
Chez le nourrisson au biberon sans signes orientant vers une cause organique, on évoque une constipation fonctionnelle survenant en général après 6 mois, et souvent la deuxième année de vie. Après avoir vérifié la reconstitution correcte des biberons, il faut conseiller d'augmenter l'apport d'eau, et de choisir un lait sucré exclusivement au lactose et/ou contenant des pré/probiotiques.

On peut proposer également de débiter la diversification dès 4 mois, d'associer un laxatif de type huile de paraffine voire polyéthylène glycol en cas de gêne importante.

NOURRISSON ALLAITÉ AU SEIN



NOURRISSON AU BIBERON



LES DIARRHÉES AIGÜES ET CHRONIQUES

La diarrhée est définie comme l'émission trop fréquente de selles trop liquides ou trop volumineuses. Au sein, le transit intestinal est souvent accéléré et l'enfant peut émettre de façon normale jusqu'à 6 à 8 selles par jours (une par tétée) liquides, jaune d'or, peu abondantes.



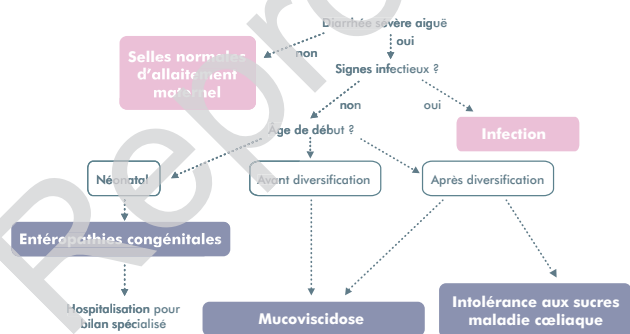
LA DIARRHÉE AIGÜE Toute diarrhée sévère, avec de nombreuses selles liquides, associée à des vomissements, un météorisme abdominal et/ou une mauvaise prise pondérale comporte un risque de déshydratation et de dénutrition, voire d'entéocolite grave chez le nouveau-né. La présence de signes infectieux (fièvre, mauvaise coloration) oriente vers une gastroentérite virale ou bactérienne. La prescription de soluté de réhydratation doit être systématique, et l'hospitalisation sera proposée en cas d'aggravation

LA DIARRHÉE CHRONIQUE En cas de début progressif avec des selles grasses et une mauvaise prise de poids, on évoquera une mucoviscidose (test de la sueur), généralement dépistée à la naissance. Chez le jeune nourrisson au biberon, en cas de terrain atopique et/ou de mauvaise prise de poids, il faudra rechercher une allergie aux protéines du lait de vache (APLV) parfois par une biopsie intestinale, ou surtout par un test d'exclusion des PLV. L'apparition de selles liquides, hétérogènes, chez un nourrisson de plus de 6 mois en

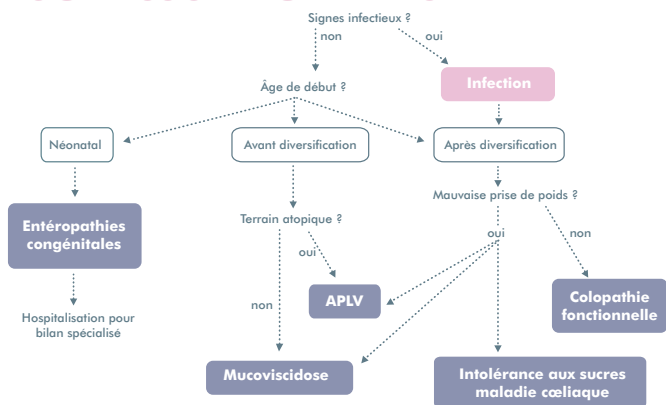
d'autant plus facilement que le nourrisson est jeune (moins de 3 mois) (3). En prévention, il existe un vaccin rotavirus (4). En cas de diarrhée persistante chez le nouveau-né, les explorations spécialisées rechercheront une des nombreuses causes d'entéropathie congénitale (malabsorption glucose-galactose, diarrhée sodée ou chlorée congénitale, dysplasie épithéliale intestinale, atrophie microvillositaire, entéropathie auto-immune, diarrhée syndromatique, etc.) (5).

parfait état général et grossissant normalement évoque une colopathie fonctionnelle. Un lait pauvre en lactose peut être proposé en cas de diarrhée persistante (3). Après la diversification, des selles liquides et acides avec érythème du siège orientent vers une rare intolérance aux sucres (test respiratoire, biopsie intestinale), tandis que des selles molles et volumineuses accompagnée d'une cassure de la courbe pondérale évoquent une maladie cœliaque (anticorps anti-transglutaminase, biopsie intestinale).

NOURRISSON ALLAITÉ AU SEIN



NOURRISSON AU BIBERON



Mise en garde : Chez le jeune nourrisson allaité au sein, des selles jaune d'or, liquides mais peu abondantes, sans autre anomalies associées, sont considérées comme un transit normal. Attention les diarrhées des enfants de moins de 3 mois sont parfois très sévères et nécessitent un suivi rigoureux. En cas de selles blanches, il s'agit souvent d'atrésie des voies biliaires, une hospitalisation en urgence est nécessaire.

RÉGURGITATIONS

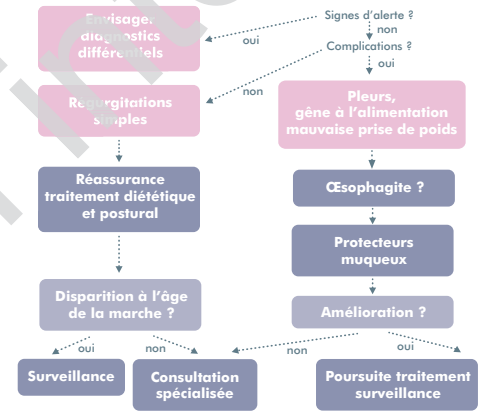
Les régurgitations sont des remontées passives du contenu gastrique qui est extériorisé par la bouche. Présentes chez les 2/3 tiers des nouveau-nés, elles sont habituellement le témoin d'un reflux gastro-œsophagien physiologique, par immaturité du sphincter inférieur de l'œsophage, qui va disparaître progressivement avec l'âge (10 % des nourrisson après l'âge d'un an) ⁽⁶⁾ (tableau 1). En cas de régurgitations ou de vomissements chroniques chez le nourrisson, il faut rechercher des signes d'alerte qui imposent alors d'éliminer des diagnostics étiologiques.



Dans le cas de régurgitations simples, il faut rassurer les parents et proposer des mesures d'orthostatisme après les tétées. Rarement, la survenue de pleurs gênant l'alimentation et retentissant sur la prise de poids évoque une œsophagite et justifie un avis spécialisé si les troubles persistent malgré des pansements muqueux (gel d'hydroxyde d'aluminium, diméticone).

Ne pas oublier de toujours vérifier la bonne croissance pondérale de l'enfant sur la courbe de poids.

NOURRISSON ALLAITÉ AU SEIN



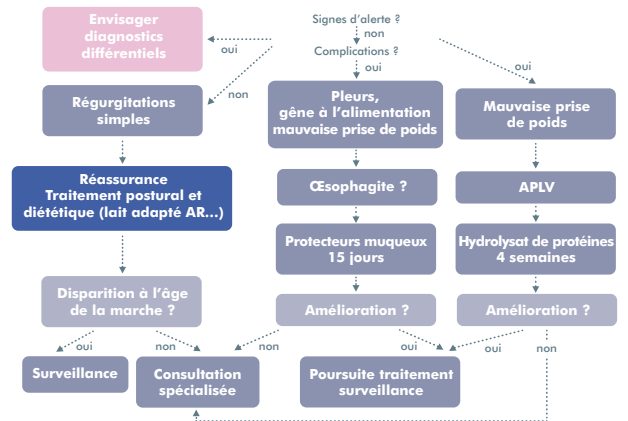
Les régurgitations simples justifient de rechercher :

- une absence de rots,
- une suralimentation,
- un *forcing* des parents pour terminer le biberon,
- une erreur de reconstitution des biberons,
- un débit tétine trop rapide,
- une atmosphère tabagique...

Rectifications à apporter en cas de régurgitations simples :

- maintien en position orthostatique (tête surélevée) après les repas,
- utilisation d'un lait épaissi (tableau 2),
- fractionnement des prises alimentaires,
- diversification dès 4 mois...

NOURRISSON AU BIBERON



La survenue de pleurs gênant l'alimentation et retentissant sur la prise de poids évoque une œsophagite et justifie un avis spécialisé si les troubles persistent malgré des pansements muqueux (gel d'hydroxyde d'aluminium, diméticone). Des régurgitations persistantes avec mauvaise prise de poids chez un nourrisson ayant des manifestations atopiques (eczéma, asthme) évoquent une APLV : un hydrolysat de protéines peut être proposé pendant 4 semaines, mais un avis spécialisé sera demandé en l'absence d'amélioration ⁽⁷⁾.

Tableau 1 : DIFFÉRENCES ENTRE SIMPLES RÉGURGITATIONS ET RGO

Régurgitations simples (RGO physiologique)	Symptômes	RGO Pathologique
-	Douleur	+
+	Quantité	+++
+	Appétit conservé	+/-
-	Nuit	+
Pas de cassure	Courbe de poids	Possible cassure
Amélioration puis disparition	Evolution après diversification alimentaire puis station debout	Persistance en l'absence de traitement

Tableau 2 : DE L'OBSERVATION À LA PRESCRIPTION

Observation	Épaississant conseillé que doit contenir le lait ⁽⁸⁾
Faibles rejets	Amidon de maïs, de pomme de terre ou de riz
A déjà un lait épaissi à l'amidon	Caroube (gomme ou pulpe)
Colique associée	Amidon de maïs, de pomme de terre ou de riz
Constipation associée	Caroube (gomme ou pulpe)
Forts rejets	Caroube (gomme ou pulpe)

Rédaction :
Pr Thierry
LAMIREAU

Liens d'intérêts : aucun.

La publication de ce contenu est effectuée sous la seule responsabilité de l'éditeur et du comité de rédaction de la revue. Ce document est diffusé en tant que service d'information aux professionnels de santé grâce au soutien institutionnel du Laboratoire Gallia. Le sponsor n'est pas intervenu dans la rédaction des contenus.

Coordination médicale : Dr Catherine Romain

Responsable de marchés : Benoît Sibaud
b.sibaud@elsevier.com

Chef de projet : Marie Sacoux

Conception graphique : Dune Collet

Crédits photographiques :

Couverture et fonds : ©Getty
Illustrations médicales : Cyrille Martinet.

© Elsevier Masson SAS. 2014.

Document réservé à l'usage exclusif du corps médical.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Herman M, et al. Infantile colic. Am Fam Phys 2004;70:735-42.
- Baker SS et al. Evaluation and treatment of constipation in infants and children. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2006;43:1-13.
- Comité de Nutrition de la Société Française de pédiatrie. Traitement nutritionnel des diarrhées aiguës du nourrisson et du jeune enfant. Arch Pediatr 2009;9:610-9.
- <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=405>
- Lamireau T. Diarrhée chronique du nourrisson et de l'enfant. EMC, Pédiatrie 2010;4:10-14.
- Lamireau T, et al. Reflux gastro-oesophagien chez l'enfant. Rev Prat 2011;61:569-74.
- Vandenplas Y, et al. Pediatric Gastroesophageal reflux clinical practice guidelines: joint recommendations of the NASPGHAN and the ESPGHAN. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2009;49:498-547.
- Koletzko B, et al. Global Standard for the recommendations of an ESPGHAN coordinated international expert group. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2005;41:584-99.

AVIS IMPORTANT - 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.