

Les coliques du nourrisson

A. Breton, hôpital des Enfants, Toulouse



Messages

1. Pleurs incessants ou coliques ? Une question difficile.
2. Les causes et les mécanismes à l'origine des coliques demeurent hypothétiques.
3. La prise en charge est avant tout comportementale.
4. Aucun traitement médicamenteux n'a réellement fait la preuve de son efficacité.

Attention

1. Toujours rechercher une pathologie organique sous-jacente.
2. Ne pas demander systématiquement une œsophagoscopie devant des pleurs du nourrisson.
3. Ne pas céder à la tentation de la « valse » des laits.
4. Dans certaines formes sévères, les hydrolysats poussés de protéines du lait de vache peuvent représenter un choix thérapeutique.

GUIDE DE NUTRITION
RÉALISÉ AVEC LE CONCOURS
DU LABORATOIRE



Direction éditoriale : M. Bellaïche, P. Tounian. Comité de lecture : J.P. Olives, D. Turck.
Comité de rédaction : A. Breton, V. Colomb, C. Farnoux, C. Faure, F. Huet, L. Michaud, O. Mouterde.

MESSAGES

1. Pleurs incessants ou coliques ? Une question difficile

Pour comprendre

Les coliques du nourrisson sont un authentique syndrome plus qu'une maladie. Leur caractère bénin est globalement admis. Elles n'en sont pas moins une source fréquente de consultations. Le caractère relativement subjectif des critères de définition et leurs variations d'un auteur à l'autre rendent compte d'une prévalence qui va de 10 à 48 % suivant les séries [1, 2]. Toutefois, si l'on prend comme définition les pleurs incessants et inconsolables, cette prévalence semble de l'ordre de 20 % [3, 4] dans la population générale des nourrissons.

La référence [5]

Un nourrisson qui pleure « beaucoup » n'est pas forcément un nourrisson qui a des coliques. Les travaux de Brazelton en 1962 ont montré, à partir de 80 nourrissons normaux, que la durée cumulative des pleurs sur la journée est en moyenne de 1 heure 45 à deux semaines, augmente progressivement pour atteindre 2 heures 45 à six semaines et décroît ensuite pour être inférieure à 1 heure à douze semaines. Ces pleurs surviennent surtout entre 15 heures et minuit à six semaines [5].

Pleurs nocturnes : un problème à régler en urgence...

Jules, deux mois, est amené aux urgences pédiatriques à 3 heures du matin par des parents excédés parce qu'il pleure depuis plus de deux heures et qu'« il ne supporte pas le lait ». A noter qu'il s'est endormi pendant le transport. Il s'agit d'un nourrisson né à terme avec un poids de 3,2 kg et alimenté au biberon. A l'âge de trois semaines, devant des pleurs fréquents et un ballonnement abdominal, le lait pour nourrisson a été remplacé par un lait acidifié, puis, dix jours plus tard, par un lait anti-régurgitations, car les symptômes s'étaient majorés et s'accompagnaient d'éruptions fréquentes. Les symptômes persistant, un autre médecin alors consulté a ajouté un traitement par trimébutine, sans effet constaté par les parents.

La prise de poids est normale (1,420 kg en deux mois), les biberons bien pris, plutôt goulûment, avec des quantités correctes pour l'âge. L'examen clinique est normal et l'interrogatoire ne trouve aucun élément inquiétant. Le diagnostic de coliques du nourrisson est évoqué.

Après avoir expliqué la bénignité de la pathologie et les piètres résultats des traitements, et avoir convaincu les parents de la nécessité d'avoir un seul médecin traitant référent, la petite famille, rassurée, a pu repartir au domicile.

En pratique

Critères de définition

La présence de coliques ne signifie pas obligatoirement qu'il existe une pathologie du côlon. Les coliques sont définies par l'existence de pleurs inconsolables survenant de façon intense et fréquente, souvent associés à une agitation et à l'émission de nombreux gaz [3]. L'enfant a un aspect congestionné et hypertonique, et présente souvent une distension abdominale. La durée des pleurs varie d'un enfant à l'autre, pouvant parfois atteindre douze à quinze heures par jour ! Ces symptômes débutent entre la deuxième et la sixième semaine de vie, atteignent leur paroxysme entre la sixième et la huitième semaine, et disparaissent vers l'âge de quatre mois.

Controverse

Wessel a résumé ses critères de définition des coliques du nourrisson dans la « règle des 3 » : quel que soit l'âge, durée cumulée quotidienne des pleurs de plus de trois heures, plus de trois jours par semaine, pendant au moins trois semaines [1].

2. Les causes et les mécanismes à l'origine des coliques demeurent hypothétiques

Pour comprendre

De nombreuses hypothèses concernant les mécanismes étiologiques des coliques

ont été avancées, mais aucune ne semble véritablement émerger du lot. Un processus multifactoriel est probable.

① **Des facteurs neuropsychologiques et comportementaux.** Le développement des fonctions neurocomportementales se fait par étapes successives. Les âges de trois et neuf mois constituent des stades de transition. Le caractère incessant des cris pourrait être le témoin d'une dysharmonie dans ce processus de maturation. Cette hypothèse est compatible avec l'arrêt spontané des symptômes à partir du quatrième mois. Certains attribuent ces pleurs à une difficulté d'adaptation à un cycle veille-sommeil organisé sur vingt-quatre heures, d'autres à un retard de maturation du système parasymphatique [6].

L'angoisse parentale face au nourrisson qui pleure, certes, mais apparaît manifestement en « bonne santé », a fait évoquer la possibilité de troubles du comportement et/ou de la relation entre l'enfant et son environnement [6-10]. Les pleurs du nourrisson sont parfois l'expression d'un besoin. Si la réponse à ce besoin n'est pas adaptée, les pleurs se perpétuent et génèrent une angoisse chez les parents, qui peuvent avoir alors une prise en charge de moins en moins appropriée. Le surinvestissement parental est le plus souvent délétère [8-11].

L'anxiété et la tension parentales sont



depuis longtemps décrites comme une source possible de coliques [1]. Cependant, les avis divergent sur le lien de cause à effet : pour certains, l'anxiété est plutôt la conséquence des pleurs qu'un trait fondamental de personnalité [8-11].

② **Des facteurs sociaux.** Voir plus loin le paragraphe «Les références».

③ **Des troubles de la motricité intestinale.** Le rôle d'un hyperpéristaltisme intestinal a été proposé. Il pourrait s'agir d'un défaut de maturation. Les coliques sont peut-être un des éléments de la pathologie digestive fonctionnelle représentée par le «côlon irritable», dont elles pourraient être la première traduction clinique [12].

Ces dernières années, il a été mis en évidence, chez l'adulte, une modification du seuil de sensibilité viscérale à la distension et/ou à la stimulation par certaines substances au cours du côlon irritable. Ce mécanisme pourrait également exister au cours des coliques du nourrisson.

④ **Des gaz intestinaux.** L'existence de gaz fréquents est un des principaux symptômes mis en avant par les parents [4]. La responsabilité dans les coliques de l'accumulation de gaz intestinaux est souvent évoquée mais n'a jamais été démontrée. Une production excessive de gaz par fermentation colique n'est pas unanimement reconnue [12-14]. Quant

aux études radiologiques, elles ne mettent pas en évidence une accumulation de gaz intestinaux [12, 15]. L'ingestion exagérée d'air lors des cris peut entraîner une certaine aérocolie, mais l'existence d'un cycle douleur-aérophagie-douleur n'est pas démontrée [12, 15].

⑤ **Des facteurs alimentaires.** L'hypothèse d'une intolérance ou d'une allergie à un composant alimentaire au cours des coliques est souvent évoquée. Ainsi, chez le nouveau-né, en particulier avant le terme de trente-cinq semaines, il existe une certaine intolérance au lactose, qui persiste jusqu'à l'âge de trois mois. La maldigestion du lactose aboutit à sa fermentation et à l'accumulation progressive de gaz au cours de la journée. La théorie qui fait de l'intolérance au lactose une cause possible des coliques est séduisante, car les symptômes de ces deux pathologies et leur âge de disparition «physiologique» sont superposables, mais aucune étude ne l'a démontré [3].

L'allergie aux protéines du lait de vache (APLV) est également évoquée ; elle est en effet souvent à l'origine de douleurs abdominales (6 à 44 %), quel que soit son mécanisme, et est fréquente avant quatre mois (incidence de 2 à 7 %).



En pratique

Que dire aux parents... qui ont toujours besoin d'explication ? [3]

Il faut commencer par expliquer qu'on ne connaît pas « la » cause des coliques et que le côlon n'a probablement rien à voir avec ces pleurs. Il existe des différences individuelles dans les fonctions physiologiques, qui se reflètent entre autres dans la variété de maturation des mécanismes de digestion des aliments, en particulier des sucres. Tout en restant dans les limites de la normale, certains fonctionnements peuvent agir sur le comportement, et notamment sur les pleurs chez le jeune nourrisson. De la même façon, les différences individuelles de comportement peuvent contribuer à la variabilité des pleurs. Les coliques du nourrisson ne forment pas un groupe homogène. Dans la majorité des cas, les coliques résultent de l'interaction de facteurs digestifs et non digestifs, et d'une variabilité individuelle, sans qu'aucun de ces facteurs ne soit véritablement pathologique. La présence de symptômes n'implique donc pas obligatoirement l'existence de fonctions anormales.

Les références [9, 14, 16-18]

① Paradise ne met pas en évidence de différence significative concernant le degré d'anxiété, le degré émotionnel ou l'attitude des mères face au cri entre un groupe de mères de nourrissons « avec

coliques » et un groupe témoin. En revanche, il montre une incidence plus élevée de coliques chez les nourrissons dont la mère a eu une phase dépressive et/ou un stress émotionnel pendant la grossesse [9].

② Dans une enquête anglaise portant sur 76 747 nourrissons, parmi lesquels 12 277 avaient des coliques, les paramètres sociaux et alimentaires ont été étudiés. Après analyse par régression logistique, il apparaît que les facteurs socioéconomiques sont des facteurs de risque plus importants que les facteurs alimentaires. Un âge maternel plus élevé, la primiparité, des études longues et le travail non manuel sont considérés comme des facteurs de risque particulièrement significatifs [16].

③ Dans le cadre d'une étude prospective, Lothe et al. ont montré qu'il existait, dans le sang du cordon et au premier jour de vie, une élévation du taux de motiline, puissant stimulant de la motricité intestinale, chez des nourrissons qui eurent ensuite des coliques, et ce quel que fût le mode d'alimentation. Dans une étude antérieure, ces mêmes auteurs avaient trouvé, chez des nourrissons atteints de coliques, une élévation de la

motiline, alors que la gastrine et le VIP (vasoactive intestinal peptide) étaient normaux [17].

⑤ Sur 122 nourrissons, Moore et al. retrouvent une relation entre la production anormale d'hydrogène (H₂) et la survenue des coliques, puisque 78 % des nourrissons « avec coliques » ont un test respiratoire positif à l'âge de six semaines, contre 36 % des nourrissons contrôles. Ces résultats peuvent certes être dus à une intolérance au lactose, mais aussi à une différence dans le devenir intestinal des gaz produits ou à une flore fermentative différente [14].

Dans une étude en double aveugle, Forsyth montre que, même si le passage à un hydrolysat de PLV est efficace dans un certain nombre de cas, la variabilité de l'intensité et de la durée des cris d'un jour à l'autre rend difficile l'appréciation objective d'une authentique amélioration. Par ailleurs, cet effet diminue avec le temps et est rarement reproductible [18].

3. La prise en charge est avant tout comportementale

Pour comprendre

De nombreuses raisons incitent à proposer une prise en charge comportementale : aucune étiologie véritablement évidente ; entité unanimement reconnue comme bénigne ; anxiété parentale réelle, qu'elle soit cause ou conséquence.

En pratique

Il s'agit de consultations longues, où il faut prendre le temps d'interroger attentivement sur les habitudes hygiéno-diététiques et prendre le temps d'expliquer. Être à l'écoute est déjà une première étape thérapeutique.

Gérer l'anxiété parentale :

- informer de la nature bénigne des coliques et de leur caractère transitoire après avoir examiné complètement l'enfant ;
- expliquer que les pleurs ne sont pas obligatoirement synonymes de douleurs ;
- ne pas rendre les parents responsables des symptômes ;
- éventuellement conseiller l'aide d'une tierce personne (l'hospitalisation est dans de rares cas nécessaire).

Indiquer les petits moyens à mettre en œuvre pour calmer l'enfant lors des pleurs : voir encadré page suivante.

Donner des conseils sur l'alimentation :

- petits repas fréquents en vérifiant l'absence d'erreurs diététiques ;
- maintien en position verticale lors des tétées ;
- prise du repas dans un endroit calme et apaisant ;
- essai d'autres tétines ou de biberons conçus pour diminuer l'aérophagie ;
- rassurer la maman qui allaite sur la qualité de son lait et lui recommander de ne pas consommer trop de légumes secs ni de choux.

**Prendre en charge l'enfant
lors des pleurs : les petits moyens**

- Le bercer, le prendre dans les bras.
- Lui parler doucement, lui chanter une berceuse.
- Le mettre sur le ventre.
- Lui masser l'abdomen.
- Lui proposer une tétine.
- Lui faire écouter de la musique.
- Le promener en poussette ou en voiture.

Les références [11, 10]

Taubman montre qu'il est efficace d'apprendre aux parents à mieux répondre à la demande de leur enfant, puisque la durée quotidienne des pleurs est diminuée de 70 % ($2,6 \text{ h} \pm 1,1$ à $0,8 \text{ h} \pm 0,3$) ($p < 0,001$) dans un groupe de 20 nourrissons « avec coliques », alors que la même prise en charge dans un groupe témoin de 18 nourrissons n'entraîne pas de diminution significative ($1,1 \text{ h} \pm 0,6$ à $0,9 \text{ h} \pm 0,5$) [11].

Dans une étude randomisée portant sur 38 mères, Parkin et al. montrent que le fait d'expliquer ce que sont les coliques et de rassurer est aussi efficace pour diminuer la durée quotidienne des pleurs (de 24 %) que la prise en charge par les petits moyens (prise dans les bras, etc.) ou que la simulation d'une promenade en voiture par un vibreur mis au contact du berceau [10].

**4. Aucun traitement
médicamenteux n'a réellement fait
la preuve de son efficacité**

Pour comprendre

Dans l'hypothèse de troubles de la motricité et/ou d'un excès de production de gaz, certaines classes médicamenteuses ont été testées, mais sans efficacité concluante [19, 20]. Par exemple, la trimébutine, qui inhibe la motricité intestinale par action sur les récepteurs enképhalergiques kappa dans les états d'hypermotricité, est très bien tolérée, mais il n'y a pas d'étude publiée concernant son efficacité dans les coliques du nourrisson.

Traitement dur et traitement doux

- Un antispasmodique anticholinergique, la dicyclomine, a montré son efficacité dans plusieurs études américaines, mais n'est plus utilisé dans cette indication en raison du risque d'apnées qu'il induit. Cette molécule n'a jamais été commercialisée en France.
- En marge des traitements allopathiques traditionnels, une étude en double aveugle portant sur 68 nourrissons observe une disparition des coliques chez 17 des 33 nourrissons (53 %) prenant une tisane à base de verveine, camomille, réglisse et mélisse, contre seulement chez 9 des 35 (26 %) prenant un placebo ($p < 0,01$). Ces végétaux ont une action antispasmodique [21].

En pratique

Le caractère bénin des coliques justifie de ne pas utiliser en première intention des médicaments aux effets potentiellement dangereux.

Les références [22-24]

La diméticone et ses dérivés ont été largement utilisés dans cette indication en raison de leur action sur la production des gaz. Ils entraînent une amélioration dans près de deux tiers des cas dans deux études contrôlées en double aveugle, mais cet effet n'est pas supérieur à celui obtenu avec un placebo [22, 23].

Une étude en double aveugle croisée contre placebo montre une amélioration significative des symptômes des coliques par administration de sucrose, mais elle porte sur un petit effectif (19 nourrissons), et les critères d'amélioration sont subjectifs et sur une courte durée [24]. Cela mérite donc confirmation.

Controverse

Pourquoi ne pas utiliser des médicaments bien tolérés qui ont une petite efficacité, même si cette efficacité est due à l'effet placebo ? Peut-être parce que, outre un problème de coût, le risque est de renforcer chez les parents le sentiment qu'il existe une authentique pathologie organique. Cela est une affaire de conviction personnelle.

ATTENTION

1. Toujours rechercher une pathologie organique sous-jacente

L'analyse des symptômes rapportés dans la littérature montre que les cris, les pleurs et l'agitation sont les symptômes prédominants dans 80 % des cas :

- ils sont de survenue paroxystique dans 42 % des cas ;
- inconsolables dans 24 % des cas ;
- associés à des gaz dans 30 % des cas ;

La réponse était sous la couche...

Aline, deux mois, présente depuis quarante-huit heures une symptomatologie faite de pleurs inconsolables, d'agitation et de régurgitations après chaque biberon. Elle ne présente pas d'antécédents particuliers. Un premier traitement par Débridat® et Polysilane® institué la veille n'a apporté aucune amélioration, pas plus que la prescription d'un lait acidifié. Après quarante-huit heures d'évolution de la symptomatologie, les parents consultent un autre médecin, qui, initialement, devant l'anxiété parentale et le bon état général de l'enfant en dehors des pleurs, évoque le diagnostic de coliques. Lors de l'examen clinique, après avoir complètement déshabillé l'enfant, il constate un étranglement herniaire patent au niveau du creux inguinal droit.

En pratique

Une présentation typique de coliques ne dispense pas d'un examen clinique complet.

- associés à une distension abdominale dans 10 % des cas ;
- accompagnés de selles fréquentes dans 6 % des cas ;
- avec régurgitations ou vomissements dans 6 % des cas.

Même si le diagnostic est souvent évoqué en début de consultation, tant la description des coliques est stéréotypée, cela ne dispense pas d'un interrogatoire rigoureux et d'un examen clinique complet, afin d'éliminer les diagnostics différentiels :

- reflux gastro-œsophagien avec ou sans œsophagite ;
- constipation ;
- infection urinaire ;
- hernie étranglée ;
- traumatisme ;
- piqûre, irritation cutanée ;
- otite (peu fréquente avant trois mois) ;
- invagination intestinale aiguë (peu fréquente avant trois mois) ;
- céphalées (hémorragie méningée).

Des examens complémentaires sont rarement nécessaires. Il faut éviter de rassurer les parents, car cela risque d'avoir l'effet inverse, en laissant penser que le

médecin suspecte une authentique pathologie organique.

2. Ne pas demander systématiquement une œsophagoscopie devant des pleurs du nourrisson

La référence [25]

Les symptômes d'une œsophagite sont proches de ceux des coliques : cris stridents, pleurs et agitation postprandiale

Clinique

César, âgé de deux mois, enfant unique, présente des pleurs inconsolables. Il n'a aucun antécédent particulier et régurgite une à deux fois par jour.

L'examen clinique est strictement normal chez ce nourrisson dont le teint rose contraste avec la mine tirée de ses parents. Une endoscopie est demandée pour « éliminer » le diagnostic d'œsophagite. Une congestion minime sus-cardiale est trouvée, motivant un traitement antireflux et antisécrétoire pendant au moins un mois.

Ce traitement s'avère inefficace, et les parents désespérés consultent un autre médecin, qui interrompt le traitement médicamenteux et donne des conseils hygiéno-diététiques pratiques afin de diminuer les coliques. Le résultat est rapidement satisfaisant. Les parents se demandent pourquoi on n'a pas commencé par là.

En pratique

Si l'on est face à des pleurs isolés du nourrisson, sans autres signes associés, avec une bonne prise de poids et un examen normal, l'endoscopie digestive haute n'est pas indiquée, quelle que soit l'intensité des pleurs.

et/ou nocturne. De plus, le reflux gastro-œsophagien qui se complique d'œsophagite est également très fréquent à l'âge des coliques. Mais, généralement, ces pleurs ne sont pas isolés. Ils s'accompagnent de tétées mal prises, avec pleurs au cours des tétées, d'une prise de poids médiocre, d'une pâleur cutanéomuqueuse témoin d'une anémie. Les régurgitations ou vomissements sont inconstamment retrouvés, mais sont évocateurs, a fortiori s'ils sont striés de sang, voire s'il s'agit d'une véritable hématomèse. L'œsophagite peut être également responsable de symptômes cardiorespiratoires entrant dans le cadre des « malaises » du nourrisson. S'il existe l'un de ces signes évocateurs d'œsophagite, il est licite d'envisager une endoscopie [25].

3. Ne pas céder à la tentation de la « valse » des laits

Pour comprendre

Le changement de lait est souvent pratiqué au cours des coliques, soit par la mère elle-même, soit par le médecin. Cette

Changement de lait, la solution rapide et efficace ? Les chiffres parlent...

Les changements de lait (sur un échantillon de 76 747 nourrissons) sont plus fréquents chez les nourrissons « avec coliques » que chez les nourrissons sains (1,2 en moyenne contre 1,1, soit $p < 0,0001$ compte tenu de l'effectif). Les types de laits ne sont pas précisés [16].

Une enquête réalisée dans la région lyonnaise montre que le changement de lait a fait partie des conseils donnés par le médecin après consultation chez 18,5 % des nourrissons « avec coliques » et chez 4,7 % des autres nourrissons. Les laits les plus souvent proposés sont les laits acidifiés. Ces changements de lait sont cependant moins recommandés que les conseils hygiénodietétiques (65,9 % des cas) ou que les médicaments (63,6 % des cas) [4].

prescription est trop souvent galvaudée. Avant de se lancer dans des substitutions désordonnées, il faut analyser les symptômes et le terrain familial du nourrisson, et proposer éventuellement une autre formule lactée si la prise en charge comportementale s'est révélée infructueuse. Il faut garder présent à l'esprit que ce changement peut lui-même avoir un effet inquiétant sur les parents et doit être soigneusement expliqué [26].

En pratique

Quand changer de lait ?

- Après échec des autres mesures.
- Quand il existe des arguments anamnestiques et cliniques en faveur d'une intolérance au lactose ou d'une APLV.

L'égale prévalence des coliques entre nourrissons nourris au sein et nourrissons recevant une formule lactée (voire une discrète supériorité pour le premier groupe dans l'étude anglaise sur 76 747 enfants) n'est pas en faveur d'un rôle important de l'APLV au cours des coliques, car l'on attendrait dans ce cas une prévalence plus élevée chez les nourrissons nourris artificiellement [9, 16, 23].

Plusieurs études montrent une amélioration des symptômes des coliques après mise sous un hydrolysats poussés de PLV chez des nourrissons bénéficiant d'un allaitement artificiel. Cependant, la méthodologie de certaines d'entre elles n'est pas très rigoureuse. De plus, dans plusieurs études, il s'agit de nourrissons à fort risque atopique, ce qui n'est généralement pas le cas au cours des coliques [8, 9].

Les références [27, 28]

L'efficacité des changements de lait au cours des coliques n'est globalement pas démontrée. Taubman a montré que les conseils prodigués aux parents sont plus

efficaces que ces changements alimentaires [27]. De plus, quand il y a efficacité, elle diminue avec le temps et n'est que peu reproductible [28].

4. Dans certaines formes sévères, les hydrolysats poussés de protéines du lait de vache peuvent représenter un choix thérapeutique

Pour comprendre

En cas d'échec d'une prise en charge usuelle ou d'association à d'autres signes évocateurs d'APLV, surtout s'il existe des antécédents familiaux d'atopie, il devient licite d'évoquer le diagnostic d'APLV et de tenter un régime d'éviction. Le diagnostic est rarement authentifié par des examens complémentaires, car beaucoup de formes digestives n'ont pas de marqueurs sanguins et la biopsie intestinale n'est qu'exceptionnellement pratiquée dans cette indication.

Si un régime d'exclusion des PLV est mis

Piège clinique

L'existence de coliques chez des nourrissons sous allaitement maternel n'exclut pas la possible responsabilité de l'APLV. Une étude de Jakobsson et Lindberg sur 66 nourrissons a ainsi montré qu'une relation entre ingestion de lait de vache par la mère et survenue de coliques pouvait être retrouvée dans 35 % des cas [29].

En pratique

Les hydrolysats poussés de PLV représentent la solution idéale. Les formules à base de soja combinent l'absence de lactose et de PLV, comme les hydrolysats poussés, et ont un meilleur goût, mais le risque de sensibiliser l'enfant au soja et/ou de provoquer des allergies croisées avec les PLV est réel.

en place, il ne doit bien sûr pas être poursuivi en cas d'échec. En cas d'efficacité, il semble légitime de proposer une épreuve de réintroduction quelques semaines plus tard, pour authentifier l'imputabilité des PLV. Ce n'est qu'en cas de réapparition des symptômes lors de cette épreuve que le nourrisson doit être considéré comme allergique aux PLV. Il convient alors de bien expliquer la suite du régime et la durée probable de l'allergie.

Attention ! le diagnostic d'allergie chez le nourrisson est souvent générateur d'angoisse pour les parents.

Les références [30, 31]

Dans un groupe de 27 nourrissons présentant des coliques sévères, Lothe et Lindberg mettent en évidence, chez 24 d'entre eux (89 %), une disparition des coliques en moins de deux jours après introduction d'un hydrolysate de caséine. 18 de ces nourrissons (75 %) récidivent lors de la réintroduction des PLV en

double aveugle, contre seulement 2 (8 %) sous placebo ($p < 0,001$) [30].

Dans une population de 70 nourrissons « avec coliques » et alimentés avec une formule classique, Iacono et al. retrouvent une amélioration chez 50 d'entre eux (71 %) après passage à une formule à base de soja, avec rechute dans la totalité des cas à la réintroduction de la formule initiale. 8 sur 50 (16 %) développeront secondairement une allergie au soja, et 20 (40 %) d'autres symptômes d'APLV lors de la réintroduction ultérieure des PLV. Chez les enfants répondeurs, il faut signaler des antécédents atopiques dans 18 % des cas contre 5 % chez les enfants non répondeurs [31].

Références

- [1] WESSEL M.A., COBB J.C., JACKSON E.B., HARRIS G.S., DETWILLER A.C. : « Paroxysmal fussing in infancy sometimes called 'colic' », *Pediatrics*, 1954 ; 14 : 421-434.
- [2] HIDE D.W., GUYER B.M. : « Prevalence of infant colic », *Arch. Dis. Child.*, 1982 ; 57 : 559-560.
- [3] MILLER A.R., BARR R.G. : « Infantile colic. Is a gut issue ? », *Pediatr. Clin. North Amer.*, 1991 ; 38 : 1407-1423.
- [4] STAGNARA J., BLANC J.P., DANJOU G., SIMON-GHEDIRI M.J., DURR F. et al. : « Eléments cliniques du diagnostic de coliques du nourrisson. Enquête chez 2773 nourrissons âgés de 15 à 119 jours », *Arch. pédiatr.*, 1997 ; 4 : 959-966.
- [5] BRAZELTON T.B. : « Crying in infancy », *Pediatrics*, 1962 ; 29 : 579-588.
- [6] ST JAMES-ROBERTS I. : « Persistent infant crying », *Arch. Dis. Child.*, 1991 ; 66 : 653-655.
- [7] HUNZIKER U.A., BARR R.G. : « Increased carrying reduces infant crying : a randomized controlled trial », *Pediatrics*, 1986 ; 77 : 641-648.

- [8] GEERTSMA M.A., HYAMS J.S. : « Colic. A pain syndrome of infancy ? », *Pediatr. Clin. North Am.*, 1989 ; 36 : 905-919.
- [9] PARADISE J.L. : « Maternal and other factors in the etiology of infant colic », *JAMA*, 1996 ; 197 : 191-199.
- [10] PARKIN P.C., SCHWARTZ C.J. MANUEL B.A. : « Randomized controlled trial of three interventions in the management of persistent crying of infancy », *Pediatrics*, 1993 ; 92 : 197-201.
- [11] TAUBMAN B. : « Clinical trial of the treatment of colic by modification of parent-infant interaction », *Pediatrics*, 1984 ; 74 : 998-1003.
- [12] SFERRA T.J., HEITLINGER L.A. : « Gastrointestinal gas formation and infantile colic », *Pediatr. Clin. North Am.*, 1996 ; 43 : 489-510.
- [13] HYAMS J.S., GEERTSMA M.A., ETIENNE N.L., TREEM W.R. : « Colonic hydrogen production in infants with colic », *J. Pediatr.*, 1989 ; 115 : 592-594.
- [14] MOORE D.J., ROBB T.A., DAVIDSON G.P. : « Breath hydrogen response to milk containing lactose in colicky and non-colicky infants », *J. Pediatr.*, 1988 ; 113 : 979-984.
- [15] ILLINGWORTH R.S. : « Three months colic », *Arch. Dis. Child.*, 1954 ; 29 : 165-174.
- [16] CROWCROFT N.S., STRACHAN D.P. : « The social origins of infantile colic : questionnaire study covering 76747 infants », *BMJ*, 1997 ; 314 : 1325-1328.
- [17] LOTHE L., IVARSSON S.A., EKMAN R., LINDBERG T. : « Motilin and infantile colic : a prospective study », *Acta Paediatr. Scand.*, 1990 ; 79 : 410-416.
- [18] FORSYTH B.W.C. : « Colic and the effect of changing formulas : a double-blind, multiple-crossover study », *J. Pediatr.*, 1989 ; 115 : 521-526.
- [19] LUCASSEN P.L.B.J., ASSENDELFT W.J.J., GUBBELS J.W., VAN EIJK J.T.M., VAN GELDROF W.J., KNUISTINGH NEVEN A. : « Effectiveness of treatments for infantile colic : systematic review », *BMJ*, 1998 ; 316 : 1563-1569.
- [20] O'DONOVAN J.C., BRADSTOCK A.S. Jr : « The failure of conventional drug therapy in the management of infantile colic », *Am. J. Dis. Child.*, 1979 ; 133 : 999-1001.
- [21] WEIZMAN Z., ALKRINAWI S., GOLFARB D., BITRAN C. : « Efficacy of herbal tea preparation in infantile colic », *J. Pediatr.*, 1993 ; 122 : 650-652.
- [22] METCALF T.J., IRONS T.G., SHER L.D., YOUNG P.C. et al. : « Simethicone in the treatment of infant colic : a randomized, placebo-controlled, multicenter trial », *Pediatrics*, 1994 ; 94 : 29-34.
- [23] DANIELSSON B., HWANG C.P. : « Treatment of infantile colic with surface active substance (simethicone) », *Acta. Paediatr. Scand.*, 1985 ; 74 : 446-450.
- [24] MARKESTAD T. : « Use of sucrose as a treatment for infant colic », *Arch. Dis. Child.*, 1997 ; 76 : 356-358.
- [25] OLIVES J.P. : « Apports de l'endoscopie chez le nourrisson qui pleure », *Acta Endoscopica*, 1994 ; 24 : 137-142.
- [26] FORSYTH B.W.C., PAUL M.B., MC CARTHY P.L., LEVENTHAL J.M. : « Problems of early infancy, formula changes, and mothers' beliefs about their infants », *J. Pediatr.*, 1985 ; 106 : 1012-1017.
- [27] TAUBMAN B. : « Parental counseling compared with elimination of cow's milk or soy milk protein for the treatment of infant colic syndrome : a randomized trial », *Pediatrics*, 1988 ; 81 : 756-761.
- [28] MILLER J.J., McVEAGH P., FLEET G.H., PETOCZ P., BRAND J.C. : « Effect of yeast lactase enzyme on 'colic' in infants fed human milk », *J. Pediatr.*, 1990 ; 117 : 261-263.
- [29] JAKOBSSON I., LINDBERG T. : « Cow's milk proteins cause infantile colic in breast-fed infants : a double-blind crossover study », *Pediatrics*, 1983 ; 71 : 268-271.
- [30] LOTHE L., LINDBERG T. : « Cow's milk whey protein elicits symptoms of infantile colic in colicky formula-fed infants : a double-blind crossover study », *Pediatrics*, 1989 ; 83 : 262-266.
- [31] IACONO G., CARROCIO A., MONTALTO G., CAVATAIO F., BRAGION E., LORELLO D. et al. : « Severe infantile colic and food intolerance : a long-term prospective study », *J. Pediatr. Gastroentrol. Nutr.*, 1991 ; 12 : 332-335.

