

UNIVERSITE MOHAMMED V - RABAT
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE - RABAT-

ANNEE: 2016

THESE N°: 185

PREVALENCE DES COLIQUES CHEZ LE NOURRISSON
ET LEUR IMPACT SUR LA QUALITE DE VIE DES PARENTS

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le :.....

PAR

Mme. Mina AGROU
Née le 16 Mai 1990 à Rabat

Pour l'Obtention du Doctorat en Médecine

MOTS CLES : Prévalence – Coliques du nourrisson – Qualité de vie – Parents.

JURY

Mme. N. MOUANE

Professeur de Pédiatrie

PRESIDENT

Mr. S. ETTAIR

Professeur de Pédiatrie

RAPPORTEUR

Mme. N. ERRIEMI

Professeur de Pédiatrie

Mme. A. THIMOU IZGUA

Professeur de Pédiatrie

JUGES

Mme. B. S. BENJELLOUN DAKHAMA

Professeur de Pédiatrie

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

سبحانك لا علم لنا إلا ما علمتنا

إنك أنت العليم الحكيم

سورة البقرة الآية 31

صَدَقَ اللَّهُ الْعَظِيمَ



**UNIVERSITE MOHAMMED V DE RABAT
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE - RABAT**

DOYENS HONORAIRES :

1962 – 1969 : Professeur Abdelmalek FARAJ
1969 – 1974 : Professeur Abdellatif BERBICH
1974 – 1981 : Professeur Bachir LAZRAK
1981 – 1989 : Professeur Taieb CHKILI
1989 – 1997 : Professeur Mohamed Tahar ALAOUI
1997 – 2003 : Professeur Abdelmajid BELMAHI
2003 – 2013 : Professeur Najia HAJJAJ - HASSOUNI

ADMINISTRATION :

Doyen : Professeur Mohamed ADNAOUI
Vice Doyen chargé des Affaires Académiques et étudiantes
Professeur Mohammed AHALLAT
Vice Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération
Professeur Taoufiq DAKKA
Vice Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie
Professeur Jamal TAOUFIK
Secrétaire Général : Mr. El Hassane AHALLAT

**1- ENSEIGNANTS-CHERCHEURS MEDECINS
ET
PHARMACIENS**

PROFESSEURS :

Mai et Octobre 1981

Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajih
Pr. TAOBANE Hamid*
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Chirurgie Thoracique

Mai et Novembre 1982

Pr. BENOSMAN Abdellatif
Chirurgie Thoracique

Novembre 1983

Pr. HAJJAJ Najia ép. HASSOUNI
Rhumatologie

Décembre 1984

Pr. MAAOUNI Abdelaziz
Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi
Pr. SETTAF Abdellatif
Médecine Interne – *Clinique Royale*
Anesthésie -Réanimation
pathologie Chirurgicale

Novembre et Décembre 1985

Pr. BENJELLOUN Halima
Pr. BENSALD Younes
Pr. EL ALAOUI Faris Moulay El Mostafa
Cardiologie
Pathologie Chirurgicale
Neurologie

Janvier, Février et Décembre 1987

Pr. AJANA Ali
Pr. CHAHED OUZZANI Houria
Pr. EL YAACOUBI Moradh
Pr. ESSAID EL FEYDI Abdellah
Pr. LACHKAR Hassan
Pr. YAHYAOUI Mohamed

Radiologie
Gastro-Entérologie
Traumatologie Orthopédie
Gastro-Entérologie
Médecine Interne
Neurologie

Décembre 1988

Pr. BENHAMAMOUCHE Mohamed Najib
Pr. DAFIRI Rachida
Pr. HERMAS Mohamed

Chirurgie Pédiatrique
Radiologie
Traumatologie Orthopédie

Décembre 1989

Pr. ADNAOUI Mohamed
Pr. BOUKILI MAKHOUKHI Abdelali*
Pr. CHAD Bouziane
Pr. OUZZANI Taïbi Mohamed Réda

Médecine Interne – **Doyen de la FMPR**
Cardiologie
Pathologie Chirurgicale
Neurologie

Janvier et Novembre 1990

Pr. CHKOFF Rachid
Pr. HACHIM Mohammed*
Pr. KHARBACH Aïcha
Pr. MANSOURI Fatima
Pr. TAZI Saoud Anas

Pathologie Chirurgicale
Médecine-Interne
Gynécologie -Obstétrique
Anatomie-Pathologique
Anesthésie Réanimation

Février Avril Juillet et Décembre 1991

Pr. AL HAMANY Zaïtounia
Pr. AZZOUZI Abderrahim
Pr. BAYAHIA Rabéa
Pr. BELKOUCHI Abdelkader
Pr. BENCHEKROUN Belabbes Abdellatif
Pr. BENSOUA Yahia
Pr. BERRAHO Amina
Pr. BEZZAD Rachid
Pr. CHABRAOUI Layachi
Pr. CHERRAH Yahia
Pr. CHOKAIRI Omar
Pr. KHATTAB Mohamed
Pr. SOULAYMANI Rachida
Pr. TAOUFIK Jamal

Anatomie-Pathologique
Anesthésie Réanimation – **Doyen de la FMPO**
Néphrologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pharmacie galénique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Biochimie et Chimie
Pharmacologie
Histologie Embryologie
Pédiatrie
Pharmacologie – **Dir. du Centre National PV**
Chimie thérapeutique

Décembre 1992

Pr. AHALLAT Mohamed
Pr. BENSOUA Adil
Pr. BOUJIDA Mohamed Najib
Pr. CHAHED OUZZANI Laaziza
Pr. CHRAIBI Chafiq
Pr. DAOUDI Rajae
Pr. DEHAYNI Mohamed*
Pr. EL OUAHABI Abdessamad
Pr. FELLAT Rokaya
Pr. GHAFIR Driss*

Chirurgie Générale
Anesthésie Réanimation
Radiologie
Gastro-Entérologie
Gynécologie Obstétrique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Neurochirurgie
Cardiologie
Médecine Interne

Pr. JIDDANE Mohamed
Pr. TAGHY Ahmed
Pr. ZOUHDI Mimoun

Anatomie
Chirurgie Générale
Microbiologie

Mars 1994

Pr. BENJAAFAR Noureddine
Pr. BEN RAIS Nozha
Pr. CAOUI Malika
Pr. CHRAIBI Abdelmjid
Pr. EL AMRANI Sabah
Pr. EL AOUAD Rajae
Pr. EL BARDOUNI Ahmed
Pr. EL HASSANI My Rachid
Pr. ERROUGANI Abdelkader
Pr. ESSAKALI Malika
Pr. ETTAYEBI Fouad
Pr. HADRI Larbi*
Pr. HASSAM Badredine
Pr. IFRINE Lahssan
Pr. JELTHI Ahmed
Pr. MAHFOUD Mustapha
Pr. MOUDENE Ahmed*
Pr. RHRAB Brahim
Pr. SENOUCI Karima

Radiothérapie
Biophysique
Biophysique
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Gynécologie Obstétrique
Immunologie
Traumato-Orthopédie
Radiologie
Chirurgie Générale- **Directeur CHIS**
Immunologie
Chirurgie Pédiatrique
Médecine Interne
Dermatologie
Chirurgie Générale
Anatomie Pathologique
Traumatologie – Orthopédie
Traumatologie- Orthopédie **Inspecteur du SS**
Gynécologie –Obstétrique
Dermatologie

Mars 1994

Pr. ABBAR Mohamed*
Pr. ABDELHAK M'barek
Pr. BELAIDI Halima
Pr. BRAHMI Rida Slimane
Pr. BENTAHILA Abdelali
Pr. BENYAHIA Mohammed Ali
Pr. BERRADA Mohamed Saleh
Pr. CHAMI Ilham
Pr. CHERKAOUI Lalla Ouafae
Pr. EL ABBADI Najia
Pr. HANINE Ahmed*
Pr. JALIL Abdelouahed
Pr. LAKHDAR Amina
Pr. MOUANE Nezha

Urologie
Chirurgie – Pédiatrique
Neurologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie
Gynécologie – Obstétrique
Traumatologie – Orthopédie
Radiologie
Ophtalmologie
Neurochirurgie
Radiologie
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie

Mars 1995

Pr. ABOUQUAL Redouane
Pr. AMRAOUI Mohamed
Pr. BAIDADA Abdelaziz
Pr. BARGACH Samir
Pr. CHAARI Jilali*
Pr. DIMOU M'barek*
Pr. DRISSI KAMILI Med Nordine*
Pr. EL MESNAOUI Abbes
Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila
Pr. HDA Abdelhamid*
Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed
Pr. OUAZZANI CHAHDI Bahia

Réanimation Médicale
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Médecine Interne
Anesthésie Réanimation – **Dir. HMIM**
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Oto-Rhino-Laryngologie
Cardiologie - **Directeur ERSM**
Urologie
Ophtalmologie

Pr. SEFIANI Abdelaziz
Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

Génétique
Réanimation Médicale

Décembre 1996

Pr. AMIL Touriya*
Pr. BELKACEM Rachid
Pr. BOULANOUAR Abdelkrim
Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan
Pr. GAOUZI Ahmed
Pr. MAHFOUDI M'barek*
Pr. MOHAMMADI Mohamed
Pr. OUADGHIRI Mohamed
Pr. OUZEDDOUN Naima
Pr. ZBIR EL Mehdi*

Radiologie
Chirurgie Pédiatrie
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Radiologie
Médecine Interne
Traumatologie-Orthopédie
Néphrologie
Cardiologie

Novembre 1997

Pr. ALAMI Mohamed Hassan
Pr. BEN SLIMANE Lounis
Pr. BIROUK Nazha
Pr. CHAOUIR Souad*
Pr. ERREIMI Naima
Pr. FELLAT Nadia
Pr. HAIMEUR Charki*
Pr. KADDOURI Nouredine
Pr. KOUTANI Abdellatif
Pr. LAHLOU Mohamed Khalid
Pr. MAHRAOUI CHAFIQ
Pr. OUAHABI Hamid*
Pr. TAOUFIQ Jallal
Pr. YOUSFI MALKI Mounia

Gynécologie-Obstétrique
Urologie
Neurologie
Radiologie
Pédiatrie
Cardiologie
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Pédiatrique
Urologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Neurologie
Psychiatrie
Gynécologie Obstétrique

Novembre 1998

Pr. AFIFI RAJAA
Pr. BENOMAR ALI
Pr. BOUGTAB Abdesslam
Pr. ER RIHANI Hassan
Pr. EZZAITOUNI Fatima
Pr. LAZRAK Khalid *
Pr. BENKIRANE Majid*
Pr. KHATOURI ALI*
Pr. LABRAIMI Ahmed*

Gastro-Entérologie
Neurologie – *Doyen Abulcassis*
Chirurgie Générale
Oncologie Médicale
Néphrologie
Traumatologie Orthopédie
Hématologie
Cardiologie
Anatomie Pathologique

Janvier 2000

Pr. ABID Ahmed*
Pr. AIT OUMAR Hassan
Pr. BENJELLOUN Dakhama Badr.Sououd
Pr. BOURKADI Jamal-Eddine
Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer
Pr. ECHARRAB El Mahjoub
Pr. EL FTOUH Mustapha
Pr. EL MOSTARCHID Brahim*
Pr. ISMAILI Hassane*
Pr. MAHMOUDI Abdelkrim*

Pneumophtisiologie
Pédiatrie
Pédiatrie
Pneumo-phtisiologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pneumo-phtisiologie
Neurochirurgie
Traumatologie Orthopédie
Anesthésie-Réanimation

Pr. TACHINANTE Rajae
Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

Anesthésie-Réanimation
Médecine Interne

Novembre 2000

Pr. AIDI Saadia
Pr. AIT OURHROUI Mohamed
Pr. AJANA Fatima Zohra
Pr. BENAMR Said
Pr. CHERTI Mohammed
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma
Pr. EL HASSANI Amine
Pr. EL KHADER Khalid
Pr. EL MAGHRAOUI Abdellah*
Pr. GHARBI Mohamed El Hassan
Pr. HSSAIDA Rachid*
Pr. LAHLOU Abdou
Pr. MAFTAH Mohamed*
Pr. MAHASSINI Najat
Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae
Pr. NASSIH Mohamed*
Pr. ROUIMI Abdelhadi*

Neurologie
Dermatologie
Gastro-Entérologie
Chirurgie Générale
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Pédiatrie
Urologie
Rhumatologie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Anesthésie-Réanimation
Traumatologie Orthopédie
Neurochirurgie
Anatomie Pathologique
Pédiatrie
Stomatologie Et Chirurgie Maxillo-Faciale
Neurologie

Décembre 2000

Pr. ZOHAIR ABDELAH*

ORL

Décembre 2001

Pr. ABABOU Adil
Pr. BALKHI Hicham*
Pr. BENABDELJLIL Maria
Pr. BENAMAR Loubna
Pr. BENAMOR Jouda
Pr. BENELBARHDADI Imane
Pr. BENNANI Rajae
Pr. BENOACHANE Thami
Pr. BEZZA Ahmed*
Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi
Pr. BOUMDIN El Hassane*
Pr. CHAT Latifa
Pr. DAALI Mustapha*
Pr. DRISSI Sidi Mourad*
Pr. EL HIJRI Ahmed
Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid
Pr. EL MADHI Tarik
Pr. EL OUNANI Mohamed
Pr. ETTAIR Said
Pr. GAZZAZ Miloudi*
Pr. HRORA Abdelmalek
Pr. KABBAJ Saad
Pr. KABIRI EL Hassane*
Pr. LAMRANI Moulay Omar
Pr. LEKEHAL Brahim
Pr. MAHASSIN Fattouma*
Pr. MEDARHRI Jalil

Anesthésie-Réanimation
Anesthésie-Réanimation
Neurologie
Néphrologie
Pneumo-phtisiologie
Gastro-Entérologie
Cardiologie
Pédiatrie
Rhumatologie
Anatomie
Radiologie
Radiologie
Chirurgie Générale
Radiologie
Anesthésie-Réanimation
Neuro-Chirurgie
Chirurgie-Pédiatrique
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Neuro-Chirurgie
Chirurgie Générale
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Thoracique
Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Vasculaire Périphérique
Médecine Interne
Chirurgie Générale

Pr. MIKDAME Mohammed*
Pr. MOHSINE Raouf
Pr. NOUNINI Yassine
Pr. SABBAAH Farid
Pr. SEFIANI Yasser
Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia

Hématologie Clinique
Chirurgie Générale
Urologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Vasculaire Périphérique
Pédiatrie

Décembre 2002

Pr. AL BOUZIDI Abderrahmane*
Pr. AMEUR Ahmed *
Pr. AMRI Rachida
Pr. AOURARH Aziz*
Pr. BAMOU Youssef *
Pr. BELMEJDOUB Ghizlene*
Pr. BENZEKRI Laila
Pr. BENZZOUBEIR Nadia
Pr. BERNOUSSI Zakiya
Pr. BICHA Mohamed Zakariya*
Pr. CHOHO Abdelkrim *
Pr. CHKIRATE Bouchra
Pr. EL ALAMI EL FELLOUS Sidi Zouhair
Pr. EL HAOURI Mohamed *
Pr. EL MANSARI Omar*
Pr. FILALI ADIB Abdelhai
Pr. HAJJI Zakia
Pr. IKEN Ali
Pr. JAAFAR Abdeloihab*
Pr. KRIOUILE Yamina
Pr. LAGHMARI Mina
Pr. MABROUK Hfid*
Pr. MOUSSAOUI RAHALI Driss*
Pr. MOUSTAGHFIR Abdelhamid*
Pr. NAITLHO Abdelhamid*
Pr. OUJILAL Abdelilah
Pr. RACHID Khalid *
Pr. RAISS Mohamed
Pr. RGUIBI IDRISSE Sidi Mustapha*
Pr. RHOU Hakima
Pr. SIAH Samir *
Pr. THIMOU Amal
Pr. ZENTAR Aziz*

Anatomie Pathologique
Urologie
Cardiologie
Gastro-Entérologie
Biochimie-Chimie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Dermatologie
Gastro-Entérologie
Anatomie Pathologique
Psychiatrie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Chirurgie Pédiatrique
Dermatologie
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Ophtalmologie
Urologie
Traumatologie Orthopédie
Pédiatrie
Ophtalmologie
Traumatologie Orthopédie
Gynécologie Obstétrique
Cardiologie
Médecine Interne
Oto-Rhino-Laryngologie
Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Générale
Pneumophtisiologie
Néphrologie
Anesthésie Réanimation
Pédiatrie
Chirurgie Générale

Janvier 2004

Pr. ABDELLAH El Hassan
Pr. AMRANI Mariam
Pr. BENBOUZID Mohammed Anas
Pr. BENKIRANE Ahmed*
Pr. BOUGHALEM Mohamed*
Pr. BOULAADAS Malik
Pr. BOURAZZA Ahmed*
Pr. CHAGAR Belkacem*

Ophtalmologie
Anatomie Pathologique
Oto-Rhino-Laryngologie
Gastro-Entérologie
Anesthésie Réanimation
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Neurologie
Traumatologie Orthopédie

Pr. CHERRADI Nadia
Pr. EL FENNI Jamal*
Pr. EL HANCHI ZAKI
Pr. EL KHORASSANI Mohamed
Pr. EL YOUNASSI Badreddine*
Pr. HACHI Hafid
Pr. JABOURIK Fatima
Pr. KHABOUZE Samira
Pr. KHARMAZ Mohamed
Pr. LEZREK Mohammed*
Pr. MOUGHIL Said
Pr. OUBAAZ Abdelbarre*
Pr. TARIB Abdelilah*
Pr. TIJAMI Fouad
Pr. ZARZUR Jamila

Anatomie Pathologique
Radiologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie
Cardiologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Gynécologie Obstétrique
Traumatologie Orthopédie
Urologie
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Ophtalmologie
Pharmacie Clinique
Chirurgie Générale
Cardiologie

Janvier 2005

Pr. ABBASSI Abdellah
Pr. AL KANDRY Sif Eddine*
Pr. ALAOUI Ahmed Essaid
Pr. ALLALI Fadoua
Pr. AMAZOUZI Abdellah
Pr. AZIZ Nouredine*
Pr. BAHIRI Rachid
Pr. BARKAT Amina
Pr. BENHALIMA Hanane
Pr. BENYASS Aatif
Pr. BERNOUSSI Abdelghani
Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Mohamed
Pr. DOUDOUH Abderrahim*
Pr. EL HAMZA OUI Sakina*
Pr. HAJJI Leila
Pr. HESSISSEN Leila
Pr. JIDAL Mohamed*
Pr. LAAROUSSI Mohamed
Pr. LYAGOUBI Mohammed
Pr. NIAMANE Radouane*
Pr. RAGALA Abdelhak
Pr. SBIHI Souad
Pr. ZERAIDI Najia

Chirurgie Réparatrice et Plastique
Chirurgie Générale
Microbiologie
Rhumatologie
Ophtalmologie
Radiologie
Rhumatologie
Pédiatrie
Stomatologie et Chirurgie Maxillo Faciale
Cardiologie
Ophtalmologie
Ophtalmologie
Biophysique
Microbiologie
Cardiologie *(mise en disponibilité)*
Pédiatrie
Radiologie
Chirurgie Cardio-vasculaire
Parasitologie
Rhumatologie
Gynécologie Obstétrique
Histo-Embryologie Cytogénétique
Gynécologie Obstétrique

Décembre 2005

Pr. CHANI Mohamed

Anesthésie Réanimation

Avril 2006

Pr. ACHEMLAL Lahsen*
Pr. AKJOUJ Said*
Pr. BELMEKKI Abdelkader*
Pr. BENCHEIKH Razika
Pr. BIYI Abdelhamid*

Rhumatologie
Radiologie
Hématologie
O.R.L
Biophysique

Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine
 Pr. BOULAHYA Abdellatif*
 Pr. CHENGUETI ANSARI Anas
 Pr. DOGHMI Nawal
 Pr. ESSAMRI Wafaa
 Pr. FELLAT Ibtissam
 Pr. FAROUDY Mamoun
 Pr. GHADOUANE Mohammed*
 Pr. HARMOUCHE Hicham
 Pr. HANAFI Sidi Mohamed*
 Pr. IDRIS LAHLOU Amine*
 Pr. JROUNDI Laila
 Pr. KARMOUNI Tariq
 Pr. KILI Amina
 Pr. KISRA Hassan
 Pr. KISRA Mounir
 Pr. LAATIRIS Abdelkader*
 Pr. LMIMOUNI Badreddine*
 Pr. MANSOURI Hamid*
 Pr. OUANASS Abderrazzak
 Pr. SAFI Soumaya*
 Pr. SEKKAT Fatima Zahra
 Pr. SOUALHI Mouna
 Pr. TELLAL Saïda*
 Pr. ZAHRAOUI Rachida

Chirurgie - Pédiatrique
 Chirurgie Cardio – Vasculaire
 Gynécologie Obstétrique
 Cardiologie
 Gastro-entérologie
 Cardiologie
 Anesthésie Réanimation
 Urologie
 Médecine Interne
 Anesthésie Réanimation
 Microbiologie
 Radiologie
 Urologie
 Pédiatrie
 Psychiatrie
 Chirurgie – Pédiatrique
 Pharmacie Galénique
 Parasitologie
 Radiothérapie
 Psychiatrie
 Endocrinologie
 Psychiatrie
 Pneumo – Phtisiologie
 Biochimie
 Pneumo – Phtisiologie

Octobre 2007

Pr. ABIDI Khalid
 Pr. ACHACHI Leïla
 Pr. ACHOUR Abdessamad*
 Pr. AIT HOUSSA Mahdi*
 Pr. AMHAJJI Larbi*
 Pr. AMMAR Haddou*
 Pr. AOUI Sarra
 Pr. BAITE Abdelouahed*
 Pr. BALOUCH Lhousaine*
 Pr. BENZIANE Hamid*
 Pr. BOUTIMZINE Nourdine
 Pr. CHARKAOUI Naoual*
 Pr. EHIRCHIOU Abdelkader*
 Pr. ELABSI Mohamed
 Pr. EL MOUSSAOUI Rachid
 Pr. EL OMARI Fatima
 Pr. GANA Rachid
 Pr. GHARIB Noureddine
 Pr. HADADI Khalid*
 Pr. ICHOU Mohamed*
 Pr. ISMAILI Nadia

Réanimation médicale
 Pneumo phtisiologie
 Chirurgie générale
 Chirurgie cardio vasculaire
 Traumatologie orthopédie
 ORL
 Parasitologie
 Anesthésie réanimation
 Biochimie-chimie
 Pharmacie clinique
 Ophtalmologie
 Pharmacie galénique
 Chirurgie générale
 Chirurgie générale
 Anesthésie réanimation
 Psychiatrie
 Neuro chirurgie
 Chirurgie plastique et réparatrice
 Radiothérapie
 Oncologie médicale
 Dermatologie

Pr. KEBDANI Tayeb
 Pr. LALAOUI SALIM Jaafar*
 Pr. LOUZI Lhoussain*
 Pr. MADANI Naoufel
 Pr. MAHI Mohamed*
 Pr. MARC Karima
 Pr. MASRAR Azlarab
 Pr. MOUTAJ Redouane *
 Pr. MRABET Mustapha*
 Pr. MRANI Saad*
 Pr. OUZZIF Ez zohra*
 Pr. RABHI Monsef*
 Pr. RADOUANE Bouchaib*
 Pr. SEFFAR Myriame
 Pr. SEKHSOKH Yessine*
 Pr. SIFAT Hassan*
 Pr. TABERKANET Mustafa*
 Pr. TACHFOUTI Samira
 Pr. TAJDINE Mohammed Tariq*
 Pr. TANANE Mansour*
 Pr. TLIGUI Houssain
 Pr. TOUATI Zakia

Décembre 2007

Pr. DOUHAL ABDERRAHMAN

Décembre 2008

Pr ZOUBIR Mohamed*
 Pr TAHIRI My El Hassan*

Mars 2009

Pr. ABOUZAHIR Ali*
 Pr. AGDR Aomar*
 Pr. AIT ALI Abdelmounaim*
 Pr. AIT BENHADDOU El hachmia
 Pr. AKHADDAR Ali*
 Pr. ALLALI Nazik
 Pr. AMAHZOUNE Brahim*
 Pr. AMINE Bouchra
 Pr. ARKHA Yassir
 Pr. AZENDOUR Hicham*
 Pr. BELYAMANI Lahcen*
 Pr. BIIJOU Younes
 Pr. BOUHSAIN Sanae*
 Pr. BOUI Mohammed*
 Pr. BOUNAIM Ahmed*
 Pr. BOUSSOUGA Mostapha*
 Pr. CHAKOUR Mohammed *
 Pr. CHTATA Hassan Toufik*

Radiothérapie
 Anesthésie réanimation
 Microbiologie
 Réanimation médicale
 Radiologie
 Pneumo phtisiologie
 Hématologique
 Parasitologie
 Médecine préventive santé publique et hygiène
 Virologie
 Biochimie-chimie
 Médecine interne
 Radiologie
 Microbiologie
 Microbiologie
 Radiothérapie
 Chirurgie vasculaire périphérique
 Ophtalmologie
 Chirurgie générale
 Traumatologie orthopédie
 Parasitologie
 Cardiologie

Ophtalmologie

Anesthésie Réanimation
 Chirurgie Générale

Médecine interne
 Pédiatre
 Chirurgie Générale
 Neurologie
 Neuro-chirurgie
 Radiologie
 Chirurgie Cardio-vasculaire
 Rhumatologie
 Neuro-chirurgie
 Anesthésie Réanimation
 Anesthésie Réanimation
 Anatomie
 Biochimie-chimie
 Dermatologie
 Chirurgie Générale
 Traumatologie orthopédique
 Hématologie biologique
 Chirurgie vasculaire périphérique

Pr. DOGHMI Kamal*
Pr. EL MALKI Hadj Omar
Pr. EL OUENASS Mostapha*
Pr. ENNIBI Khalid*
Pr. FATHI Khalid
Pr. HASSIKOU Hasna *
Pr. KABBAJ Nawal
Pr. KABIRI Meryem
Pr. KARBOUBI Lamya
Pr. L'KASSIMI Hachemi*
Pr. LAMSAOURI Jamal*
Pr. MARMADE Lahcen
Pr. MESKINI Toufik
Pr. MESSAOUDI Nezha *
Pr. MSSROURI Rahal
Pr. NASSAR Ittimade
Pr. OUKERRAJ Latifa
Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani *
Pr. ZOUHAIR Said*

Hématologie clinique
Chirurgie Générale
Microbiologie
Médecine interne
Gynécologie obstétrique
Rhumatologie
Gastro-entérologie
Pédiatrie
Pédiatrie
Microbiologie
Chimie Thérapeutique
Chirurgie Cardio-vasculaire
Pédiatrie
Hématologie biologique
Chirurgie Générale
Radiologie
Cardiologie
Pneumo-phtisiologie
Microbiologie

PROFESSEURS AGREGES :

Octobre 2010

Pr. ALILOU Mustapha
Pr. AMEZIANE Taoufiq*
Pr. BELAGUID Abdelaziz
Pr. BOUAITY Brahim*
Pr. CHADLI Mariama*
Pr. CHEMSI Mohamed*
Pr. DAMI Abdellah*
Pr. DARBI Abdellatif*
Pr. DENDANE Mohammed Anouar
Pr. EL HAFIDI Naima
Pr. EL KHARRAS Abdennasser*
Pr. EL MAZOUZ Samir
Pr. EL SAYEGH Hachem
Pr. ERRABIH Ikram
Pr. LAMALMI Najat
Pr. LEZREK Mounir
Pr. MALIH Mohamed*
Pr. MOSADIK Ahlam
Pr. MOUJAHID Mountassir*
Pr. NAZIH Mouna*
Pr. ZOUAIDIA Fouad

Anesthésie réanimation
Médecine interne
Physiologie
ORL
Microbiologie
Médecine aéronautique
Biochimie chimie
Radiologie
Chirurgie pédiatrique
Pédiatrie
Radiologie
Chirurgie plastique et réparatrice
Urologie
Gastro entérologie
Anatomie pathologique
Ophtalmologie
Pédiatrie
Anesthésie Réanimation
Chirurgie générale
Hématologie
Anatomie pathologique

Mai 2012

Pr. AMRANI Abdelouahed
Pr. ABOUELALAA Khalil*
Pr. BELAIZI Mohamed*
Pr. BENCHEBBA Driss*

Chirurgie Pédiatrique
Anesthésie Réanimation
Psychiatrie
Traumatologie Orthopédique

Pr. DRISSI Mohamed*
Pr. EL ALAOUI MHAMDI Mouna
Pr. EL KHATTABI Abdessadek*
Pr. EL OUAZZANI Hanane*
Pr. ER-RAJI Mounir
Pr. JAHID Ahmed
Pr. MEHSSANI Jamal*
Pr. RAISSOUNI Maha*

Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Médecine Interne
Pneumophtisiologie
Chirurgie Pédiatrique
Anatomie pathologique
Psychiatrie
Cardiologie

Février 2013

Pr. AHID Samir
Pr. AIT EL CADI Mina
Pr. AMRANI HANCHI Laila
Pr. AMOUR Mourad
Pr. AWAB Almahdi
Pr. BELAYACHI Jihane
Pr. BELKHADIR Zakaria Houssain
Pr. BENCHEKROUN Laila
Pr. BENKIRANE Souad
Pr. BENNANA Ahmed*
Pr. BENSEFFAJ Nadia
Pr. BENSghIR Mustapha*
Pr. BENYAHIA Mohammed*
Pr. BOUATIA Mustapha
Pr. BOUABID Ahmed Salim*
Pr. BOUTARBOUCH Mahjouba
Pr. CHAIB Ali*
Pr. DENDANE Tarek
Pr. DINI Nouzha*
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Mohamed Ali
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Najwa
Pr. ELFATEMI Nizare
Pr. EL GUERROUJ Hasnae
Pr. EL HARTI Jaouad
Pr. EL JOUDI Rachid*
Pr. EL KABABRI Maria
Pr. EL KHANNOUSSI Basma
Pr. EL KHLOUFI Samir
Pr. EL KORAIKHI Alae
Pr. EN-NOUALI Hassane*
Pr. ERRGUIG Laila
Pr. FIKRI Meryim
Pr. GHANIMI Zineb
Pr. GHFIR Imade
Pr. IMANE Zineb
Pr. IRAQI Hind
Pr. KABBAJ Hakima
Pr. KADIRI Mohamed*
Pr. LATIB Rachida

Pharmacologie – Chimie
Toxicologie
Gastro-Entérologie
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Réanimation Médicale
Anesthésie Réanimation
Biochimie-Chimie
Hématologie
Informatique Pharmaceutique
Immunologie
Anesthésie Réanimation
Néphrologie
Chimie Analytique
Traumatologie Orthopédie
Anatomie
Cardiologie
Réanimation Médicale
Pédiatrie
Anesthésie Réanimation
Radiologie
Neuro-Chirurgie
Médecine Nucléaire
Chimie Thérapeutique
Toxicologie
Pédiatrie
Anatomie Pathologie
Anatomie
Anesthésie Réanimation
Radiologie
Physiologie
Radiologie
Pédiatrie
Médecine Nucléaire
Pédiatrie
Endocrinologie et maladies métaboliques
Microbiologie
Psychiatrie
Radiologie

Pr. MAAMAR Mouna Fatima Zahra
 Pr. MEDDAH Bouchra
 Pr. MELHAOUI Adyl
 Pr. MRABTI Hind
 Pr. NEJJARI Rachid
 Pr. OUBEJJA Houda
 Pr. OUKABLI Mohamed*
 Pr. RAHALI Younes
 Pr. RATBI Ilham
 Pr. RAHMANI Mounia
 Pr. REDA Karim*
 Pr. REGRAGUI Wafa
 Pr. RKAIN Hanan
 Pr. ROSTOM Samira
 Pr. ROUAS Lamiaa
 Pr. ROUIBAA Fedoua*
 Pr. SALIHOUN Mouna
 Pr. SAYAH Rochde
 Pr. SEDDIK Hassan*
 Pr. ZERHOUNI Hicham
 Pr. ZINE Ali*

Médecine Interne
 Pharmacologie
 Neuro-chirurgie
 Oncologie Médicale
 Pharmacognosie
 Chirurgie Pédiatrique
 Anatomie Pathologique
 Pharmacie Galénique
 Génétique
 Neurologie
 Ophtalmologie
 Neurologie
 Physiologie
 Rhumatologie
 Anatomie Pathologique
 Gastro-Entérologie
 Gastro-Entérologie
 Chirurgie Cardio-Vasculaire
 Gastro-Entérologie
 Chirurgie Pédiatrique
 Traumatologie Orthopédie

Avril 2013

Pr. EL KHATIB Mohamed Karim*
 Pr. GHOUNDALE Omar*
 Pr. ZYANI Mohammad*

Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
 Urologie
 Médecine Interne

**Enseignants Militaires*

2- ENSEIGNANTS – CHERCHEURS SCIENTIFIQUES

PROFESSEURS / PRs. HABILITES

Pr. ABOUDRAR Saadia
 Pr. ALAMI OUHABI Naima
 Pr. ALAOUI KATIM
 Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma
 Pr. ANSAR M'hammed
 Pr. BOUHOUCHE Ahmed
 Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz
 Pr. BOURJOUANE Mohamed
 Pr. BARKYOU Malika
 Pr. CHAHED OUZZANI Lalla Chadia
 Pr. DAKKA Taoufiq
 Pr. DRAOUI Mustapha
 Pr. EL GUESSABI Lahcen

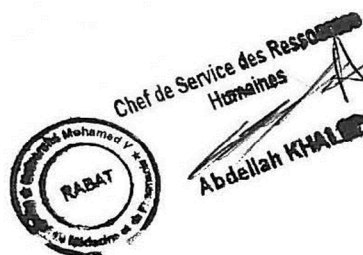
Physiologie
 Biochimie – chimie
 Pharmacologie
 Histologie-Embryologie
 Chimie Organique et Pharmacie Chimique
 Génétique Humaine
 Applications Pharmaceutiques
 Microbiologie
 Histologie-Embryologie
 Biochimie – chimie
 Physiologie
 Chimie Analytique
 Pharmacognosie

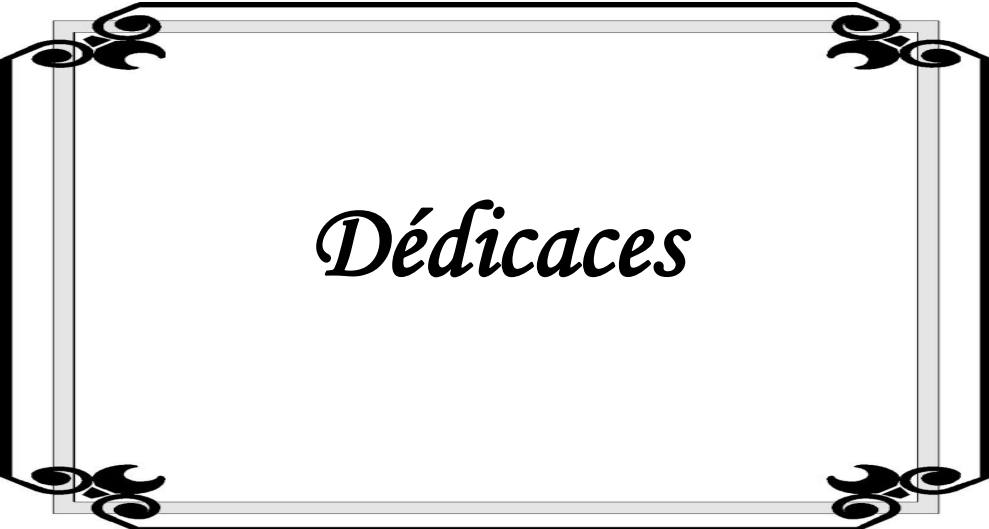
Pr. ETTAIB Abdelkader
Pr. FAOUZI Moulay El Abbas
Pr. HAMZAOUI Laila
Pr. HMAMOUCHE Mohamed
Pr. IBRAHIMI Azeddine
Pr. KHANFRI Jamal Eddine
Pr. OULAD BOUYAHYA IDRISSE Med
Pr. REDHA Ahlam
Pr. TOUATI Driss
Pr. ZAHIDI Ahmed
Pr. ZELLOU Amina

Zootchnie
Pharmacologie
Biophysique
Chimie Organique
Biologie moléculaire
Biologie
Chimie Organique
Chimie
Pharmacognosie
Pharmacologie
Chimie Organique

*Mise à jour le 09/01/2015 par le
Service des Ressources Humaines*

- 9 JAN 2015





Au bon dieu, tout puissant

Qui m'a inspiré, qui m'a guidé dans le bon chemin

Je vous dois ce que je suis devenue

Louanges et remerciements

Pour votre clémence et miséricorde.

À Mes très chers parents

Nul mot ne saurait exprimer à sa juste valeur la profondeur de mon respect, ma considération, ma reconnaissance et mon amour éternel.

Merci d'avoir été toujours là pour moi, un grand soutien tout au long de mes études.

Vous avez été et vous serez toujours un exemple à suivre pour vos qualités humaines, votre persévérance et votre perfectionnisme.

Je vous dédie ce travail qui grâce à vous a pu voir le jour.

Vos prières ont été pour moi un grand soutien tout au long de mes études.

Que ce travail soit le témoignage de ma gratitude et de mon grand amour.

Que dieu vous accorde, santé, bonheur et prospérité.

A Mon très cher mari ILYAS

*Aucune dédicace, aussi expressive qu'elle soit, ne saurait exprimer la
profondeur de mes sentiments et l'estime que j'ai pour toi.*

Tu as été toujours là pour moi.

*Tu m'as toujours soutenu, compris et réconforté tu es et resteras
toujours ma source d'inspiration.*

*Merci pour ta tendresse, tes encouragements, ton attention et ta
patience; Merci pour tout.*

*Je te dédie ce travail en expression de ma profonde affection et de mon
amour.*

*A mes chers et adorables frères et sœurs, leurs époux
et épouses*

*Quoique je dise, je ne saurais exprimer l'amour et la tendresse que j'ai
pour vous. Je vous remercie, pour votre support et vos encouragements.*

*Je vous dédie ce travail en témoignage de mon amour et mon
attachement.*

*Puisse DIEU, le tout puissant, vous préserver du mal, vous combler de
santé et de bonheur.*

A mes chers petits neveux et nièces

*Aucune dédicace ne saurait exprimer tout l'amour que j'ai pour vous,
Votre joie et votre gaieté me combent de bonheur.*

*Puisse Dieu vous garder, éclairer votre route et vous aider à réaliser à
votre tour vos vœux les plus chers.*

A la mémoire de mes grands-pères et mes grands-mères

J'aurais tant aimé que vous soyez présents.

Que Dieu ait vos âmes dans sa sainte miséricorde

A mes chers beaux parents

*J'espère que vous trouverez dans cette thèse l'expression de mon amour,
ma sympathie et ma grande gratitude.*

*Puisse dieu, le tout puissant, vous combler de santé, de bonheur et vous
procurer une longue vie.*

A tous mes oncles et tantes

*Merci pour tous les encouragements, et les conseils qui m'ont été d'une
aide précieuse.*

J'espère que vous trouverez ici le témoignage de ma profonde affection.

Que Dieu vous protège.

A mes adorables cousins et cousines

*Je vous dédie cette thèse tout en vous souhaitant une longue vie pleine
de réussite, de santé et de bonheur*

A mon beau-frère et belles sœurs

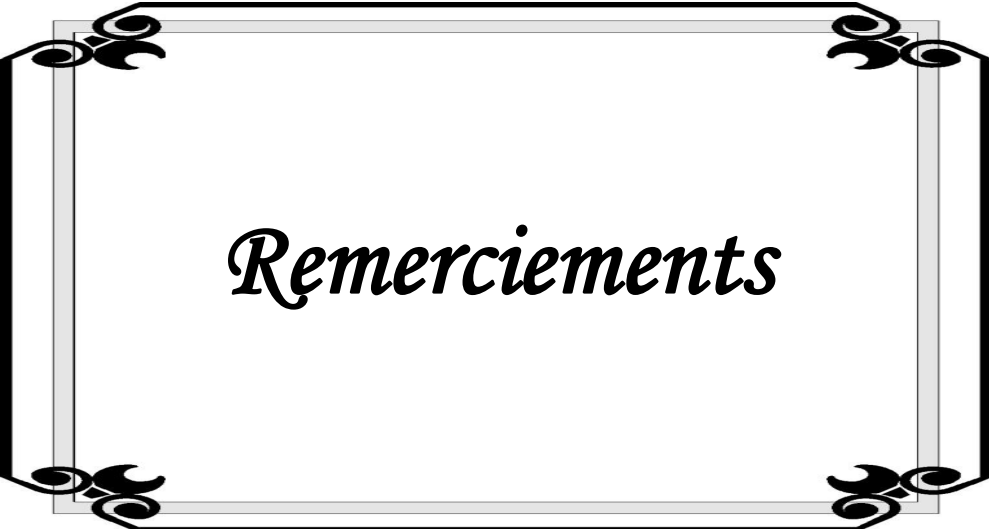
*J'ai le grand plaisir de dédier à vous ce modeste travail Que Dieu vous
apporte bonheur et satisfaction*

A mes amies et collègues

*En tête de liste ; Salma, Bouchra, Wafae, Salma, Nora, Karima,
Meryem ...*

*En souvenir des moments merveilleux que nous avons passé et aux liens
solides qui nous unissent. Avec toute mon affection et estime, je vous
souhaite beaucoup de réussite et de bonheur, autant dans votre vie
professionnelle que privée. Je prie Dieu pour que notre amitié et
fraternité soient éternelles...*

*A toutes les personnes qui ont participé a
l'élaboration de ce travail et a tous ceux que j'ai omis
de citer*



A

Notre maître et Présidente de thèse

Madame Nezha MOUANE

Professeur de Pédiatrie

*Vous nous avez accordé un grand honneur en acceptant de présider le
jury de notre thèse*

*Nous avons eu la chance et le privilège de travailler sous votre
direction, de profiter de votre culture scientifique, vos compétences
professionnelles incontestables ainsi que vos qualités humaines qui vous
valent l'admiration et le respect.*

*Veillez trouver ici, cher Maître, le témoignage de notre vive gratitude
et de nos respectueux sentiments.*

A

Notre maître et rapporteur de thèse

Monsieur Saïd ETTAIR

Professeur de Pédiatrie et Directeur de l'hôpital d'enfants

*C'est un grand honneur de nous avoir confié la responsabilité de cet
excellent sujet de travail.*

Nous vous remercions d'avoir veillé à la réalisation de cette thèse.

Nous espérons avoir mérité votre confiance.

*Nous avons été particulièrement touchés par votre accueil bienveillant
et par votre disponibilité.*

*Veillez, Cher Maître, trouver dans ce travail l'expression de notre
haute considération et notre profond respect pour avoir guidé les
premiers pas de ma carrière.*

A

Notre maître et juge de thèse

Madame Badr-Sououd DAKHAMA BENJELLOUN

Professeur de Pédiatrie

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de juger notre travail.

*Vous nous avez reçus avec beaucoup d'amabilité ; nous en avons été
très touchés.*

*Veillez trouver ici, cher Maître, l'expression de notre reconnaissance et
de nos sincères remerciements.*

A

Notre maître et juge de thèse

Madame Naima ERREIMI

Professeur de Pédiatrie

*Nous vous remercions vivement de l'honneur que vous nous faites en
siégeant parmi notre jury de thèse.*

*Nous avons été touchés par la bienveillance et la cordialité de votre
accueil.*

*Que ce travail soit pour nous l'occasion de vous exprimer notre
gratitude et notre profond respect.*

A

Notre maitre et juge de thèse

Madame Amal THIMOU IZGUA

Professeur de Pédiatrie

Nous vous remercions d'avoir voulu répondre à notre souhait de vous voir siéger parmi nos membres de jury. En acceptant de juger notre travail, vous nous accordez un très grand honneur.

Veillez accepter l'expression de nos considérations les plus distinguées.



Liste des illustrations

Liste des figures

Figure 1 : Répartition de la population (n=150) en fonction de la présence du trouble	37
Figure 2 : Répartition de la population d'étude selon le sexe (n=150).	38
Figure 3 : Répartition des cas de coliques (n=52) selon le sexe.	39
Figure 4 : Répartition des nourrissons selon leurs origines (n=150).....	40
Figure 5 : Répartition des nourrissons ayant les coliques selon leurs origines (n=52)	40
Figure 6 : Répartition des nourrissons (n=150) selon leurs niveaux socio-économiques.	41
Figure 7 : Répartition des nourrissons ayant les coliques (n=52) selon leurs niveaux socio-économiques.....	41
Figure 8 : Répartition des nourrissons (n=150) selon leurs couvertures sociales.....	42
Figure 9 : Répartition des nourrissons (n =52) selon leurs couvertures sociales.....	43
Figure 10 : répartition des nourrissons selon le poids de naissance (n=150).	48
Figure 11 : Répartition des nourrissons souffrants des coliques selon le poids de naissance (n=52).	48
Figure 12 : Fréquence des cris par jour pour les nourrissons ayant les coliques (n=52).	50
Figure 13 : Nombre de jour par semaine des cris (n=52).	51
Figure 14 : Horaire de survenue des cris (n=52).	52
Figure 15 : répartition des cas selon le caractère consolable des cris (n=52).	52
Figure 16 : Répartition des cas selon les signes associés au trouble.....	53
Figure 17 : répartition des cas selon les thérapeutiques reçues (n=52).	54
Figure 18 : Evolution des cas après traitement (n=52).	55
Figure 19 : Poids d'admission des cas de coliques (n=52).	56
Figure 20 : Taille des cas de coliques à l'admission (n=52).	57

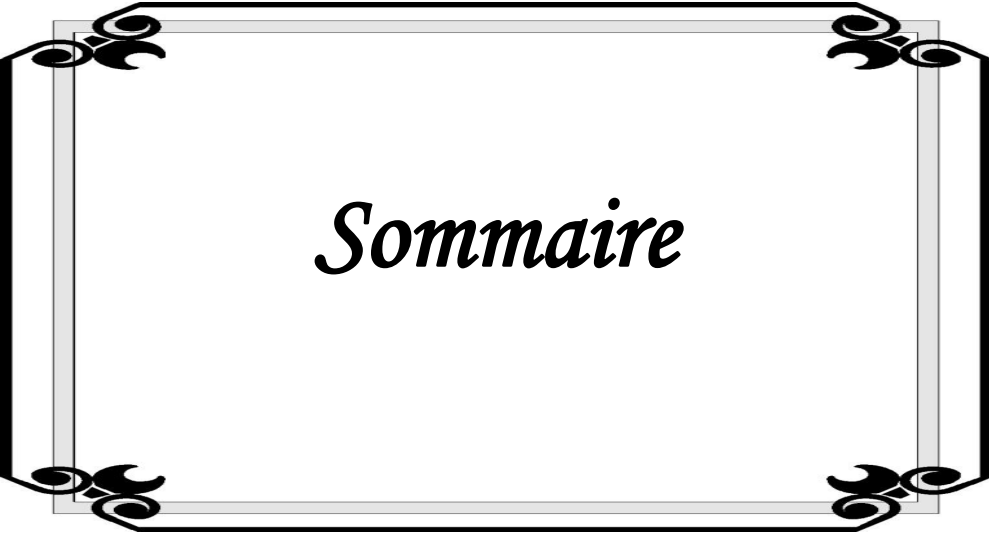
Figure 21 : Impact sur la qualité du sommeil des mères (n=52).	59
Figure 22 : Stress des mères (n=52).	60
Figure 23 : Sentiment d'incompétence (n=52).	60
Figure 24 : Sentiment de culpabilité (n=52).	61
Figure 25 : Sentiment de débordement et d'épuisement (n=52).	62
Figure 26 : Diminution du temps d'activité et de productivité (n=52).	63
Figure 27 : Notion d'absentéisme au travail (n=11).	64
Figure 28 : Sentiment de rejet (n=52).	65
Figure 29 : Négligence du nourrisson (n=52).	66
Figure 30 : Pensées agressives/maltraitance du bébé (n=52).	67
Figure 31 : nombre de mères ayant des symptômes somatiques (n=52).	69

Liste des tableaux

Tableau I : Caractéristiques des nourrissons permettant de comparer les deux groupes «avec coliques» et « sans coliques ».....	45
Tableau II : Comparaison des données sociodémographiques des parents des deux groupes des nourrissons « avec coliques » et « sans coliques ».....	46
Tableau III : Moyennes d'âge des mères.	47
Tableau IV : Analyse univariée des facteurs de risque pouvant s'associer à l'apparition des coliques.	49
Tableau V : Données de l'examen clinique des cas de colique (n=52).....	58

Liste des abréviations :

APLV	: Allergies aux protéines de lait de vache.
FC	: Fréquence cardiaque.
FR	: Fréquence respiratoire.
g	: Gramme.
HER	: Hôpital d'Enfants de Rabat.
IMC	: Indice de masse corporelle.
L.reutéri	: Lactobacillus reutéri.
OMS	: organisation mondiale de la santé.
T	: Température.
TFGI	: Troubles fonctionnels gastro-intestinaux.
TSV	: Tachycardie supra-ventriculaire.



Introduction	1
Généralités	4
I. Définition :.....	5
II. Epidémiologie :.....	6
III. Physiopathologie :.....	7
1. Rappel :.....	7
2. Théories sur l'origine des coliques :.....	7
2.1. Affection digestive :.....	8
2.2. Rôle du microbiote :	8
2.3. Allergie aux protéines de lait de vache « APLV » :.....	10
2.4. Intolérance au lactose :.....	11
2.5. Allaitement maternel :.....	11
2.6. Coliques et la constipation :.....	12
2.7. Théorie hormonale :.....	13
2.8. Association avec le tabagisme maternel :.....	13
2.9. Trouble comportemental :.....	14
IV. Diagnostic positif :.....	15
1. Interrogatoire :	15
2. Clinique :	15
V. Diagnostics différentiels :	18
VI. Impact sur la qualité de vie des parents :.....	20
VII. Pronostic :.....	21
VIII. Prise en charge :.....	22
1. Prise en charge comportementale :.....	22
1.1. La bonne attitude pour le médecin :	22
1.2. La bonne attitude pour les parents :.....	23

2. Prise en charge diététique :	25
3. Phytothérapie :	26
4. Le saccharose	27
5. Traitement médicamenteux :	27
6. Traitement homéopathique :	27
7. Les manipulations vertébrales	28
8. Coliques du nourrisson → nouvelle thérapie ciblée :	29
Matériels et méthodes	32
I. Problématique :	33
II. Matériels de l'étude :	33
III. Méthodes de l'étude :	34
IV. Analyse statistique :	35
Résultats	36
I. Données épidémiologiques :	37
1. Prévalence :	37
2. Répartition selon le sexe :	38
3. Répartition selon l'âge :	39
4. Répartition selon l'origine :	39
5. Répartition selon le niveau socioéconomique :	41
6. Répartition selon la couverture sociale :	42
II. Données cliniques :	44
1. Antécédents : étude des facteurs de risque des coliques.	44
2. Histoire du trouble :	50
2.1. Age d'apparition du trouble :	50
2.2. Fréquence des cris par jour :	50
2.3. Fréquence des cris par semaine:	51

2.4.	Horaire de survenue des cris :	51
2.5.	Facteur déclenchant les cris :	52
2.6.	Caractère consolable des cris :	52
2.7.	Signes associés aux coliques :	53
2.8.	Thérapeutiques reçues par les nourrissons :	54
2.9.	Evolution des nourrissons après traitement selon les parents:	55
3.	Données de l'examen clinique :	56
3.1.	Examen général :	56
3.5.	Examen clinique appareil par appareil :	58
III.	Impact sur la qualité de vie des parents	59
1.	Qualité du sommeil :	59
2.	Stress :	60
3.	Sentiment d'incompétence :	60
4.	Sentiment de culpabilité :	61
5.	Sentiment de débordement et d'épuisement:	62
6.	Diminution du temps d'activité et de productivité :	63
7.	Notion d'absentéisme au travail :	64
8.	Sentiment de rejet :	65
9.	Négligence du nourrisson :	66
10.	Pensées agressives/maltraitance du bébé :	67
11.	Idées de suicide :	68
12.	Conflits avec le conjoint :	68
13.	Impact physique des pleurs :	68
	Discussion	70
I.	Validités et limites de l'étude :	71
1.	Analyse de la taille de l'échantillon et sa représentativité :	71

2. Biais de mesure :.....	71
II. Prévalence des coliques du nourrisson :.....	72
III. Caractéristiques de la population d'étude :.....	73
1. Description des nourrissons :.....	73
1.1. Sexe :.....	73
1.2. Déroulement de la grossesse :.....	73
1.3. Age gestationnel :.....	73
1.4. Mode d'accouchement :.....	74
1.5. Apgar à la naissance :.....	74
1.6. Mode d'allaitement :.....	74
1.7. Rang dans la fratrie :.....	75
1.8. Age de la mère :.....	75
1.9. Notion de tabagisme maternel :.....	76
1.10. Notion d'atopie familiale :.....	76
1.11. Notion d'anxiété maternelle :.....	77
2. Description du trouble :.....	77
IV. Impact des coliques sur la qualité de vie des parents :.....	78
1. Sur le plan émotionnel :.....	79
2. Sur le plan relationnel :.....	80
3. Sur le plan somatique :.....	82
V. Prise en charge des coliques du nourrisson:.....	83
Conclusion	86
Résumés	88
Annexe	92
Bibliographies	98



Introduction

Les coliques, les régurgitations, la constipation et la diarrhée fonctionnelle sont les troubles fonctionnels gastro-intestinaux les plus fréquemment rencontrés chez l'enfant, ces derniers sont définis comme étant une combinaison variable de symptômes gastro-intestinaux chroniques ou récurrents pour lesquels aucune anomalie métabolique ou organique ne peut être mise en évidence lors des examens usuels.

Ils représentent probablement l'un des premiers motifs de consultation chez les enfants de la naissance à l'âge de six ans.

Différentes classifications ont été établies au fil du temps :

- Critères de Manning en 1978.
- Critères de Kruis en 1984.
- Critères de Rome en 1989.
- Critères de Rome I en 1992.
- Critères de Rome II en 1999.
- Critères de Rome III en 2006.

Ces critères ont eu le mérite d'apporter des définitions précises des syndromes permettant ainsi au clinicien de porter un diagnostic utile au malade, dans la mesure où il peut déboucher sur une attitude thérapeutique pragmatique.

Les coliques du nourrisson, tout d'abord sur le plan sémantique, forment un syndrome et ne sont pas synonyme d'un inconfort isolé.

Elles se définissent selon la classification de Rome des troubles fonctionnels gastro-intestinaux de la manière suivante : des paroxysmes d'irritabilité, d'agitation ou de pleurs, qui commencent et s'arrêtent sans raison évidente, ces épisodes durent au moins trois heures par jour, au moins trois jours par semaine pendant au moins une semaine sans trouble de croissance [1].

Ces symptômes ne s'accompagnent souvent d'aucun signe manifeste d'une atteinte anatomique, métabolique, infectieuse, inflammatoire ou néoplasique.

Leur origine étant sans aucun doute multifactorielle, les connaissances physiopathologiques sont modestes.

Leur diagnostic est le plus souvent rapidement porté après l'interrogatoire et l'examen clinique devant le caractère stéréotypé.

Bien que de pronostic bénin, l'incidence des coliques et l'anxiété qu'elles suscitent chez les parents en font un véritable problème de santé publique reconnu comme tel par l'OMS, qu'on ne peut négliger.

Elles sont souvent responsables de changements alimentaires, d'utilisation de drogues, d'anxiété parentale, d'absentéisme au travail avec des conséquences sociales pertinentes.

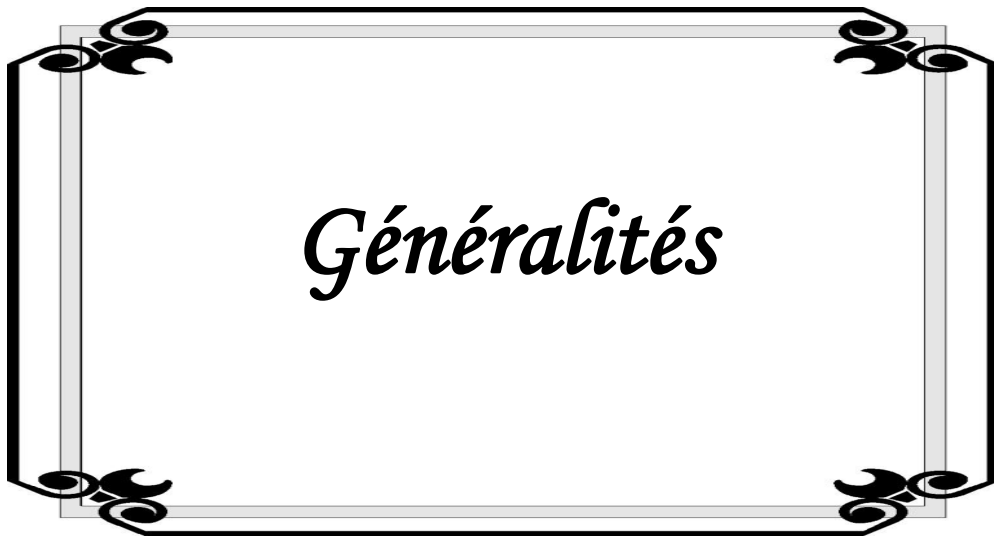
L'approche thérapeutique doit être polymorphe :

- Information et réassurance.
- Mesures hygiéno-diététiques.
- Traitements médicamenteux.

Ce travail permet de faire une mise au point sur les coliques du nourrisson.

Les objectifs de notre étude sont, par ailleurs :

- ✓ Déterminer la prévalence des coliques chez les nourrissons de moins de six mois consultant aux urgences médicales de l'Hôpital d'Enfants de Rabat.
- ✓ Décrire les caractéristiques épidémiologiques, physiopathologiques, cliniques et thérapeutiques des coliques du nourrisson.
- ✓ Décrire l'impact des coliques du nourrisson sur la qualité de vie des parents.



I. Définition :

La survenue paroxystique d'accès de pleurs prolongés avec agitation chez un nourrisson de moins de 3 mois, par ailleurs en bonne santé apparente, est la base de la description de l'entité « coliques du nourrisson ».

Dans la définition assez stricte de Wessel (1954), la durée cumulée sur la journée des pleurs, doit être de plus de 3 heures et ce, plus de 3 jours par semaine pendant au moins 3 semaines (règle des 3 x 3).

Selon la classification de ROME des troubles fonctionnels intestinaux, les coliques du nourrisson se définissent:

-Crises de pleurs paroxystiques inconsolables, chez des nourrissons de moins de 4 mois par ailleurs en bonne santé, et sans cause évidente pendant au minimum :

- 3 heures par jour
- 3 jours par semaine
- Persistant au moins 1 semaine (critères de ROME III publiés en 2012) [1].

Ce terme « coliques » a 3 significations pouvant engendrer des attitudes différentes :

❖ La première prend en compte l'augmentation de la durée et de l'intensité des pleurs durant au moins 03 heures/jour pendant au moins 03 jours/semaine pendant plus d'une semaine selon la classification de ROME des troubles fonctionnels gastro-intestinaux.

Ces cris à prédominance vespérale se produisent de manière paroxystique, commencent et s'arrêtent sans raison évidente, sans retentissement sur la croissance staturo-pondérale.

- ❖ La deuxième privilège la façon dont la mère décrit et vit le problème.
- ❖ La troisième met en exergue l'existence vraisemblable d'un trouble gastro-intestinal sous-jacent et sa relation éventuelle avec l'alimentation [2].
- ❖ Ces trois approches sont en réalité complémentaires, et leur apparente disparité rend compte de la variabilité de l'estimation de la prévalence des coliques du nourrisson. Celle-ci est évaluée comme concernant 10 à 40 % des nourrissons [2].

II. Epidémiologie :

Les coliques du nourrisson sont très courantes.

- Parmi les 4 problèmes les plus importants repérés par les mères pendant les premiers mois de vie, les coliques occupent la 2^{ième} place dans leurs préoccupations derrière les difficultés alimentaires et devant les troubles du transit et l'ictère [3] [1].

- L'incidence des coliques est estimée entre 10 et 45% dans les pays industrialisés [3].

- Les symptômes ont leur pic vers 6-8 semaines de vie, indépendamment du terme, du poids de naissance de l'enfant et du type d'alimentation [1].

III. Physiopathologie :

1. Rappel :

Le développement des fonctions de digestion et d'absorption intestinale est caractérisé par sa précocité au cours de la vie fœtale.

Par contre, les fonctions motrices se développent beaucoup plus tardivement, ne permettant une motricité fonctionnelle qu'après la 32^e semaine de vie fœtale.

La maturation du système immunitaire intestinal ne se fait qu'après la naissance, sous l'action des stimuli antigéniques alimentaires et bactériens.

Concernant la flore intestinale, immédiatement après la naissance, l'intestin du nouveau-né est colonisé par une flore composée de staphylocoques, streptocoques, entérocoques et entérobactéries. La colonisation par les bactéries anaérobies se produit au cours du deuxième jour de vie. Parmi celles-ci, les premières à s'installer sont les bifidobactéries et les lactobacilles. La flore évolue ensuite rapidement, vraisemblablement sous l'influence de l'alimentation et de nombreux autres facteurs tels que le type d'accouchement, l'origine géographique, la prématurité, les conditions d'hygiène, les traitements médicamenteux antimicrobiens.... Césarienne et prématurité s'accompagnent souvent d'un retard d'installation des bactéries bénéfiques et d'une quantité anormalement élevée de bactéries pathogènes [4] [5].

2. Théories sur l'origine des coliques :

La physiopathologie des coliques n'est pas bien élucidée, et leur signification reste mystérieuse. Elles ne modifient ni l'appétit, ni la taille, ni le poids qui restent normaux.

Il semblerait alors que la cause soit due à plusieurs facteurs :

2.1. Affection digestive :

Pour un certain nombre d'auteurs, les coliques ne sont que la première manifestation d'une colopathie fonctionnelle et s'intègrent dans le syndrome du « côlon irritable».

D'autres considèrent le phénomène douloureux inhérent aux coliques comme secondaire à l'accumulation de gaz localisé à un segment intestinal. Cette accumulation peut être la conséquence d'une éructation postprandiale insuffisante, d'une déglutition exagérée d'air lors de la tétée ou lors des pleurs eux-mêmes, ou d'une production endoluminale de gaz au niveau colique par fermentation bactérienne d'hydrates de carbone non absorbés en amont.

La production excessive de gaz pourrait être à l'origine de contractions et de troubles de la motilité intestinale, à moins que ceux-ci ne soient primitifs et soient eux-mêmes la cause de l'accumulation segmentaire de gaz.

2.2. Rôle du microbiote :

Il s'agit d'un ensemble important de bactéries réparties le long du tractus intestinal et dont la composition globale est variable selon la localisation, les individus, l'âge, les périodes de la vie d'un même individu ...

C'est un écosystème complexe qui fonctionne comme un organe à part entière en étroite symbiose avec notre organisme, composé de 10^{14} bactéries et plus de 3000 espèces.

In utero, le fœtus est stérile et, à moins que la poche des eaux soit rompue précocement, le nouveau né naît stérile. Dès la naissance, il se contamine par les bactéries de l'environnement et la symbiose « hôte-microbiote » se met en place.

L'implantation du microbiote est inévitable et au cours du développement il va devenir essentiel.

Le microbiote intestinal joue un rôle important dans la fermentation de la partie non digérée du bol alimentaire, la détoxification de composés nocifs, la régulation de l'appétit et le stockage des graisses, la stimulation du système immunitaire, le développement des tissus, la stimulation des défenses passives, l'interaction entre notre microbiote et les microbes pathogènes : Effet de « barrière » protecteur [6] [7].

Il est aussi de plus en plus évoqué comme pouvant jouer un rôle dans la physiopathologie des coliques du nourrisson en modifiant le métabolisme des hydrates de carbone et des acides gras au niveau intestinal.

Plusieurs études ont identifié une flore différente chez les enfants avec ou sans coliques.

Chez le bébé souffrant de coliques, on enregistre un taux plus bas de Lactobacilles, par rapport à des bébés sains, au profit d'une quantité anormalement élevée de bactéries pathogènes (entraînant des perturbations de la tolérance orale et un inconfort digestif) [6] [7].

Enfin, l'allaitement jusqu'à au moins l'âge de 9 mois augmente la prévalence dans le tractus gastro-intestinal des lactobacilles et des bifidobactéries, des espèces connues pour contribuer au développement d'un système immunitaire sain, rappellent les auteurs danois, qui ont analysé et suivi le microbiote intestinal des selles de 300 enfants aux âges de 9, 18, 36 mois, les chercheurs ont pu ainsi caractériser le microbiote intestinal des enfants pendant cette période de l'enfance et identifier l'arrêt de l'allaitement comme un moment

critique du bouleversement du microbiote, et confirme que la période de la petite enfance est la fenêtre d'intervention la plus efficace sur le microbiote et suggèrent ainsi l'intérêt de la supplémentation des formules infantiles par des probiotiques pour promouvoir un microbiote intestinal sain [8].

Bien que certaines études aient été menées sur l'utilisation d'un supplément de probiotiques pour le traitement des coliques chez le nourrisson allaité, les données probantes demeurent insuffisantes pour recommander l'utilisation de tels produits (SCP, 2011) [9].

2.3. Allergie aux protéines de lait de vache « APLV » :

Plusieurs études ont mis en exergue cette possibilité, qu'il s'agisse d'une sensibilisation directe par un lait pour nourrisson ou indirecte via le lait maternel.

Iacono et Al. [10], ainsi que Campbell [11], ont retrouvé une amélioration des symptômes dans 60 à 71% des cas après élimination des protéines de lait de vache et passage à une formule à base de soja. Lothe et Al. [12] objectivent une diminution des pleurs excessifs chez 24 nourrissons sur 27 après introduction d'un hydrolysate de caséine. 75% récidivent lors de la réintroduction de protéine de lait de vache contre 8% sous placebo.

Toutefois le nombre de nourrissons étudiés est toujours faible. De plus dans plusieurs études il s'agit de nourrissons à fort risque atopique ce qui n'est pas le cas en général au cours des coliques, en cas d'association à d'autres signes évocateurs d'APLV, surtout s'il existe des ATCD familiaux d'atopie il devient licite de tenter un régime d'éviction [3] [13].

2.4. Intolérance au lactose :

Une source importante de la production de gaz dans le colon est issue exclusivement de la fermentation bactérienne des glucides. Chez le nouveau-né normal, il existe une insuffisance lactasique fonctionnelle lors des trois premiers mois: le lactose est incomplètement digéré et peut donner lieu à une fermentation colique avec production de gaz (hydrogène).

Moore et ses collègues [14] ont étudié dans une réalisation prospective la production d'hydrogène expiré chez 122 nouveau-nés « sains » âgés de six semaines à trois mois, après allaitement maternel ou alimentation au lait artificiel. Une relation a été retrouvée entre la production anormale d'hydrogène et la survenue de coliques puisque 78% des nourrissons « colitiques » ont un test respiratoire positif à l'âge de six semaines contre 36% des nourrissons « contrôles » et 89% à l'âge de trois mois contre 45% chez les nourrissons « test ».

D'un point de vue thérapeutique, l'administration de lactase au début des tétées chez 118 nourrissons n'améliore pas la durée des pleurs dans l'enquête de Miller et Al. en 1990 [15]. Plusieurs auteurs ([16], [17], [18]) montrent que cela peut produire un grand soulagement des troubles digestifs banaux (gaz, éructation, hoquet), mais sans diminution significative de la durée des pleurs.

La théorie d'intolérance au lactose à l'origine des coliques est séduisante car les symptômes de ces deux pathologies et leur âge de disparition sont identiques [3] [13].

2.5. Allaitement maternel :

Une étude menée chez 856 mères et leur bébé [19] a comparé la prédominance des coliques parmi les enfants nourris au lait artificiel par rapport

à ceux qui étaient allaités. Les auteurs ont conclu sur l'absence d'effet protecteur de l'allaitement vis-à-vis des coliques bien que celles-ci aient été statistiquement associées à plusieurs variables, y compris l'inquiétude maternelle.

D'autre part, la composition du lait maternel change en fonction de la durée de la tétée du bébé : au début il est riche en sucre rapide, en milieu de tétée il est riche en protéine et en fin de tétée il est essentiellement composée de graisse. Résultat : si la maman change de sein au bout de 10 minutes, le bébé n'ingère que du sucre (qui accélère la digestion), et favorise les coliques. Pour bien allaiter un bébé souffrant de coliques, il faut donc veiller à laisser le bébé prendre son temps sur un sein à la fois.

Concernant l'alimentation de la mère pendant l'allaitement maternel, une étude a évalué les composants du régime maternel chez les nourrissons « colitiques ». Ils ont montré un rapport significatif avec la prise maternelle de légumes crucifères (chou, chou-fleur, brocoli), du chocolat et de l'oignon et les pleurs excessifs de leurs nourrissons [20].

2.6. Coliques et la constipation :

La mise en jeu des muscles abdominaux est évidente lors de l'émission des selles, une progression difficile du bol fécal engendre des efforts douloureux abdominaux, ces efforts se manifestent volontiers par des pleurs qui s'intègrent dans un contexte de colique (avec un faciès érythrosique et une surélévation des jambes). De plus dans les descriptions des symptômes des coliques relevés dans la littérature, il existe une émission de gaz associée dans 30% des cas et une distension abdominale dans 10% des cas.

2.7. Théorie hormonale :

✦ Sérotonine et mélatonine :

Le rythme circadien de la sérotonine est présent dès la naissance, en revanche l'épiphyse du nourrisson ne commence à sécréter de la mélatonine que trois mois après la naissance.

La sérotonine et la mélatonine interviennent dans la motilité intestinale : la sérotonine (dont 95% du total de l'organisme se situe dans le tube digestif) provoque des contractions du muscle lisse intestinal, alors que la mélatonine entraîne sa relaxation. En l'absence de sécrétion de mélatonine pendant les trois premiers mois de vie, les pleurs peuvent être engendrés par des contractions du tube digestif principalement en soirée, puisque la sérotonine, dont le rythme circadien est présent dès la naissance, présente des pics de concentration le soir [21].

✦ La motiline :

Plusieurs auteurs [22], [23], et en particulier Lothe, avec une étude chez 219 enfants de la naissance à trois mois [22], ont évoqué le fait que les pleurs excessifs pouvaient être liés à un taux élevé de motiline dans l'intestin, cette hormone entraînant un hyperperistaltisme digestif.

2.8. Association avec le tabagisme maternel :

Une étude montre que les coliques du petit enfant sont deux fois plus fréquentes si la mère fume. Paradoxalement, cette association est plus nette lorsque l'enfant est nourri au biberon.

Trois études se sont déjà penchées sur le problème.

La première (Matheson et coll.) [24] : a montré que les enfants nourris au sein par une mère fumeuse ont plus souvent des coliques ; l'explication: le passage de la nicotine dans le lait.

La deuxième (Saïd et coll.) [25] a retrouvé une association avec le tabagisme parental, que l'enfant soit nourri au sein ou au biberon.

La troisième (Haggart et coll.) [26] n'a retrouvé aucune association. Ces trois études contradictoires étaient relativement petites.

2.9. Trouble comportemental :

Un certain nombre d'auteurs ont mis en exergue le fait que les coliques du nourrisson pouvaient correspondre au maintien d'un état organisé de pleurs à une période où normalement l'état d'alerte et d'éveil devrait émerger. L'apaisement obtenu par une prise en charge parentale attentionnée plaide en faveur d'une telle perturbation comportementale.

Cependant, certaines coliques du nourrisson restent inconsolables. D'autre part, les pleurs incessants des coliques sont eux-mêmes générateurs d'angoisse et de tension émotionnelle parentale. Les coliques pourraient donc être une interaction d'incompatibilité entre le caractère du nourrisson et son environnement. L'intervention au niveau de facteurs psycho-sociaux, environnementaux et comportementaux distingués est alors susceptible d'entraîner une amélioration de la situation, en sachant que les coliques vont disparaître entre 3 à 5 mois. Le rôle de la tension émotionnelle parentale pendant et après la grossesse a été étudié par Paradise. Cet auteur montre que les mères qui ont, au cours de leur grossesse, subi un stress émotionnel et/ou une phase

dépressive, sont plus sujettes à avoir un nourrisson présentant des coliques. Les auteurs insistent de ce fait sur l'importance d'une prise en charge psycho-sociale du couple pendant la grossesse [2] [12].

IV. Diagnostic positif :

1. Interrogatoire :

Il est essentiel d'interroger les parents à propos de :

- L'histoire des pleurs : intensité, durée, fréquence, il est également important de considérer la date du début des symptômes. Une fréquence stable depuis plusieurs semaines peut être plus rassurant que des pleurs moins longs apparus récemment, même s'ils se conforment mieux à la « normale ».
- La notion d'inconsolabilité.
- Les habitudes alimentaires.
- Les troubles digestifs associés.
- L'apparition d'une éventuelle fièvre.
- Une notion de contagé ou de traumatisme ou d'une exposition à des toxiques.
- Les antécédents médicaux et chirurgicaux : hospitalisations, complications de la grossesse et de l'accouchement, allergies, maladies récentes et traitements entrepris.
- Les vaccinations récentes.

2. Clinique :

Les coliques du nourrisson ont comme symptôme essentiel, des pleurs paroxystiques anormalement fréquents et importants.

Le tableau clinique caractéristique est représenté par un nourrisson qui pleure beaucoup, très irritable. Ces pleurs sont inhabituels, plus stridents et

difficile voire impossible à calmer, le bébé hurle sans relâche pendant des heures, se tortille dans tous les sens, expulse des gaz intestinaux parfois nauséabonds, son visage devient rouge, ses poings se serrent et ses jambes se replient sur son ventre ballonné.

Ces signes augmentent parfois lors de la tétée ; le bébé s'arrête brusquement de boire et pleure violemment en lâchant le sein et en rejetant la tête en arrière.

Souvent l'heure qui suit le repas est la plus perturbée, il ressent parfois de « faux besoins » et cherche à pousser pour se soulager.

Ce moment de crise peut aussi s'accompagner de vomissements.

➔ Caractéristiques des pleurs typiques des nourrissons souffrant de coliques :

- Les pleurs augmentent progressivement jusqu'à un seuil maximal au cours du deuxième mois, puis diminuent progressivement jusqu'au quatrième ou cinquième mois.
- Les accès de pleurs sont imprévisibles et inattendus.
- Les pleurs sont résistants aux tentatives de réconfort.
- Le nourrisson semble souffrant.
- Les crises durent plus longtemps (de 35 minutes à 2 heures).
- Les pleurs ont tendance à se produire en fin d'après-midi et en soirée.
- Les pleurs sont souvent paroxystiques et répétitifs.
- La tonalité des pleurs est souvent perçue comme différente, plus aigüe.
- Les nourrissons sont hypertoniques, Ils sont souvent inconsolables et ne s'épuisent qu'à la fin de la crise [27].

→ Autres signes associés :

Des signes associés ont été décrits: un rash cutané dans 10% des cas, peut apparaître sur le visage au moment de la crise, une diarrhée dans 6% des cas, des troubles de la respiration peuvent apparaître plutôt avant la crise dans 14,5% des cas. Une hyperréactivité est retrouvée à l'examen dans près de 20% des cas.

Des symptômes gastro-intestinaux peuvent être associés: des gaz dans 30% des cas, une augmentation du volume abdominal dans 10% des cas, des selles fréquentes dans 6% des cas, ou encore, des vomissements ou régurgitations dans 6% des cas.

Pour la structure du sommeil : des enregistrements polygraphiques du sommeil réalisés à 2 mois et à 7 mois ont démontré qu'il n'y a pas chez les enfants souffrant de coliques d'altération de la structure du sommeil.

Les coliques du nourrisson ne sont pas associées à un trouble de sommeil et ne sont pas un facteur prédisposant ultérieurement à des troubles du sommeil.

→ Examen physique :

L'examen physique doit être fait systématiquement chez tout nourrisson consultant pour des pleurs excessifs de la tête aux pieds à la recherche d'une maladie sous-jacente pouvant les expliquer.

En cas de coliques : l'examen clinique est normal chez un enfant eutrophe souvent pléthorique à appétit conservé.

V. Diagnostics différentiels :

Les pleurs du nourrisson sont un des signes les moins spécifiques de l'ensemble de la sémiologie pédiatrique.

Les signes d'alerte doivent être recherchés lors d'un examen systématique de la tête aux pieds chez un nourrisson dénudé, une maladie sous-jacente pourra ainsi être détectée : « IT CRIES » acronyme de l'anglais : « il pleure »

- I : infection → otite, méningite, pyélonéphrite...
- T : traumatismes → hématome sous dural, fracture, syndrome du bébé secoué...
- C : chest : cœur → insuffisance cardiaque, TSV
- R : réaction → médicament, alimentation...
- I : immunisation → vaccin, intoxication...
- E : eyes : œil → glaucome, brûlure oculaire...
- S : surgery: soins chirurgicaux → volvulus, hernie, torsion, invagination, syndrome du tourniquet...

Le plus important est qu'un nourrisson qui souffre de coliques continue à prendre du poids et à se développer normalement, ce qui est rassurant et aide à exclure d'autres diagnostics [28].

Si les pleurs excessifs ne sont pas isolés : mauvaise prise pondérale, un regard qui suit mal, vomissements, perturbation importante du sommeil, s'ils persistent après le 3ème mois ou si ces pleurs engendrent des tensions intrafamiliales, Il faut éliminer les causes organiques de pleurs prolongés :

- ✦ Un reflux Occulte ou avec œsophagite ou avec APLV
 - Vomissements, anorexie, pleurs postprandiaux, rejet de la tête en arrière, parfois torticolis
 - Si APLV, forme digestive: prise de poids faible, selles molles, parfois eczéma
- ✦ Un syndrome du bébé secoué ayant comme triade classique:
 - Hématome sous-dural
 - Hémorragies rétiniennes au fond d'œil
 - Absence de signe de traumatisme externe
- ✦ Une invagination intestinale aiguë:
 - Douleur brutale, hurlements, faciès de détresse
 - Apaisement et reprise des cris++
 - Vomissements, rectorragies
 - Boudin: palpation, échographie, lavement
- ✦ Une fissuration anale par constipation:
 - Pas grave
 - Il suffit de penser à regarder !
- ✦ Constipation
- ✦ Eczéma (prurit)
- ✦ Malformations des voies urinaires
- ✦ Intoxication

VI. Impact sur la qualité de vie des parents :

Bien que l'on semble penser de plus en plus que la période des coliques représente une étape normale dans l'évolution du bébé, il n'en demeure pas moins qu'il s'agit d'un moment difficile pour les parents.

Les coliques sont très difficile à vivre pour les parents, il est essentiel que le médecin entende cette inquiétude et repère les parents vulnérables.

Le vécu des pleurs excessifs par les parents est très variable, non directement proportionnel à leur intensité; il est fonction des personnalités, de l'expérience, de l'entourage, des conditions de logement..... [3].

Les pleurs du nourrisson sont plus compliqués à vivre pour des parents travaillant tous deux, dans un appartement exigu, mal insonorisé, avec des voisins coléreux.

Ces cris surprennent et déçoivent des parents souvent épuisés et désemparés, qui ne s'attendaient pas à accueillir un bébé qui pleure excessivement. Dans cette impossibilité de soulager leur enfant, ils peuvent se sentir atteints dans leur compétence, dévalorisés, blessés, parfois culpabilisés si à l'occasion ils perdent leur contrôle. Cette situation est susceptible d'entraîner des réactions inappropriées voire dangereuses : sevrage de l'allaitement, recours à des thérapeutiques variées, mise en place d'un cercle vicieux avec troubles de l'interaction parents-enfants, exaspération pouvant conduire à une maltraitance (syndrome des enfants secoués) [3].

Raiha et Al. ont constaté que les interactions parent-nourrisson (père-nourrisson et mère-nourrisson) étaient perturbées par les grandes quantités de pleurs. L'interaction père-nourrisson était la plus affectée, et ces perturbations

familiales subsistaient encore un an plus tard. Dans l'enquête de Pauli-Pott et Al. en 2000, les parents conservaient des émotions négatives fortes et évidentes au huitième mois du bébé, soit six mois après le pic des pleurs [29], [30], [31].

Les pleurs affectent non seulement la relation parent-nourrisson, mais également la relation entre le père et la mère. Toute la sphère familiale est touchée par ce comportement [32]. Un lien a été mis en évidence entre la perception des « coliques » et un nombre moins élevé de frères et sœurs plus jeunes trois ans plus tard, ce qui peut indiquer l'importance de l'impact de ces pleurs excessifs [33].

Le Dr Williams Sears, dans son livre « Le bébé difficile », évoque une fatigue émotionnelle chez les parents dont les pleurs du nourrisson ne cessent pas, ce qui finit par provoquer une réaction d'évitement vis-à-vis du nourrisson.

Cependant, deux études différentes ([34], [35]) ont remarqué que les mères d'enfants « colitiques » avaient la même sensibilité maternelle peu après la fin de la colique que celle des enfants « normaux » et les nourrissons ayant développé des « coliques » n'étaient pas plus susceptibles d'avoir un attachement non sécurisant que ceux qui n'en souffraient pas [36].

VII. Pronostic :

Les coliques du nourrisson disparaissent spontanément à 3 mois, 60% des nourrissons n'en ont plus, tandis qu'à 4 mois le problème est résolu dans 90% des cas, parfois, le problème peut encore persister pendant quelques semaines ou quelques mois, mais le pronostic est bon.

VIII. Prise en charge :

L'origine des coliques du nourrisson étant sans aucun doute multifactorielle, l'approche thérapeutique doit être polymorphe.

Certaines mesures seront systématiquement proposées et d'autres adaptées au contexte clinique, le médecin doit se méfier de son propre sentiment d'impuissance qui pourrait se solder par une « valse de laits » inutile.

1. Prise en charge comportementale :

1.1. La bonne attitude pour le médecin :

➤ Rassurer, expliquer et déculpabiliser :

L'anxiété parentale majeure face au nourrisson qui pleure a fait évoquer la possibilité de troubles de l'interrelation entre l'enfant et son environnement à l'origine des coliques, il est essentiel d'informer la famille de la nature bénigne des coliques et de leur caractère transitoire sans pour autant les banaliser dans une attitude médicale trop désinvolte.

Ce symptôme est d'autant plus difficile à vivre pour la famille qu'on ne propose aucune explication convaincante, ni de traitement efficace à tout coup.

Il convient d'expliquer que les pleurs sont un des rares moyens de communiquer pour le nourrisson, qu'ils ne sont pas obligatoirement synonymes de douleurs, mais un mode d'expression type « je crie donc je suis !! ».

Dans une étude portant sur 38 mères, le fait d'expliquer ce que sont les coliques est aussi efficace pour diminuer la durée quotidienne des pleurs que la prise dans les bras systématique ou qu'une promenade en voiture... [3].

L'évolution favorable qui contraste avec la pénibilité de la situation actuelle ne peut donc pas être le pilier de la prise en charge, le partage du vécu douloureux familial est une des principales demandes des parents, le mot colique fait partie des terminologies de la douleur « la colique hépatique » ou « la colique néphrétique ».

Or, les coliques du nourrisson correspondent probablement à un inconfort et non à une douleur. D'ailleurs, aucun traitement antalgique n'a été démontré comme efficace dans les coliques du nourrisson [1].

Il faut convaincre les parents de s'octroyer des moments de répit pour mieux faire face sans se culpabiliser ni avoir le sentiment d'abandonner son enfant devant la difficulté, l'aide d'une tierce personne peut alors se révéler nécessaire.

➤ **Proposer des moyens pour soulager le nourrisson :**

Les coliques sont considérées comme un symptôme qui s'amendait lors du trajet en voiture qui séparait le domicile du lieu de consultation « les coliques qui cessent pendant la promenade en poussette ou en voiture permettent de rassurer les parents », cela a même fait l'objet d'une publicité pour une marque de voiture où un père passait la nuit dans sa voiture à faire des marches avant et des marches arrière ; son bébé hurlant dès que le mouvement cessait !!! [3].

Prendre le nourrisson dans les bras en le berçant, le mettre sur le ventre en lui massant l'abdomen.

1.2. La bonne attitude pour les parents :

Les pleurs du nourrisson expriment sans aucun doute un besoin primaire de manger, d'être changé, ou d'échanger.

Si la réponse à ce besoin n'est pas adaptée, les pleurs s'accroissent et font naître une angoisse chez les parents qui perdent parfois leur contrôle et leur rôle de parents contenant.

Ce vécu n'est pas l'apanage des parents anxieux, mais surtout des parents vite débordés par une situation inédite pour eux, ainsi PARADISE en comparant des mères de nourrisson « avec coliques » et un groupe témoin ne retrouve pas de différence significative entre les réactions des mères face au cri et leur degré d'anxiété. En revanche, il montre une incidence plus importante des coliques chez les enfants dont la mère a eu une phase dépressive et/ou un stress émotionnel pendant la grossesse [1].

➤ **Comment tenir le nourrisson :**

Parfois, les nourrissons qui ont des coliques réagissent différemment à la façon de les prendre ou de les bercer.

- Tenir le nourrisson bien droit devant soi.
- Ne jamais le secouer.
- Se promener le nourrisson dans les bras.
- Éviter de le passer d'une personne à une autre.
- Coucher le nourrisson sur les genoux et lui masser le dos.

➤ **Ce qu'il ne faut pas faire :**

- Ne pas augmenter sa ration en pensant qu'il pleure de faim. Trop d'aliments est une cause de ballonnements et de cris supplémentaires.
- Ne pas changer tout le temps de lait sans raison valable, cela n'a pas d'intérêt.

- Il n'est pas non plus nécessaire de changer sans cesse les biberons ou les tétines.

➤ **Les bonnes attitudes alimentaires :**

- ➔ Augmenter la fréquence des repas tout en diminuant la quantité.
- ➔ vérifier le rot après chaque tétée.
- ➔ nourrir le nourrisson dans le calme.

❖ **Nourrisson nourri au sein maternel :**

- Ne donner qu'un sein par tétée.
- Ne pas consommer trop de boissons gazeuses, de sucreries.
- Pas d'alcool ni du tabac.

❖ **Nourrisson nourri au lait artificiel :**

- Bien reconstituer le lait afin qu'il ne contienne pas trop de poudre et respecter les quantités de poudre par rapport aux quantités d'eau.
- Donner le biberon lentement dans une atmosphère sereine et détendue.
- Discuter un changement de lait.

2. Prise en charge diététique :

Guidée par les symptômes associés :

- en cas de régurgitation : un lait pré-épaissi peut être prescrit.
- en cas de constipation : l'alimentation sera adaptée, éventuellement associée à un laxatif doux.
- en cas d'atopie familiale ou personnelle : un hydrolysat poussé sans protéines de lait de vache peut être entrepris, il ne doit pas être poursuivi en cas d'échec. En cas d'efficacité, il semble légitime de proposer une épreuve de réintroduction de protéines de lait de vache

quelques semaines après pour confirmer le diagnostic, ce n'est qu'en cas de réapparition des symptômes que le nourrisson doit être considéré comme allergique aux protéines de lait de vache [3].

3. Phytothérapie :

Une étude [37] comparant les effets d'une préparation contenant un mélange de camomille, verveine, réglisse, fenouil, au placebo a révélé qu'après sept jours de traitement, 57% des nourrissons ne répondaient plus aux critères de Wessel pour les coliques dans le groupe « tisane », contre 27% de ceux appartenant au groupe placebo.

Aucun effet indésirable n'a été rapporté dans cette étude. En revanche, la dose moyenne de « tisane » consommée par les nourrissons dans l'étude est de 32 ml / kg / jour. Cette quantité importante conduit à des carences nutritionnelles, la consommation de lait diminuant en conséquence.

Dans une étude en double aveugle [38], Forsyth a remarqué une amélioration de la durée des pleurs chez 17 des 33 nourrissons prenant une tisane à base de verveine, camomille, réglisse, contre 9 sur 35 prenant le placebo. Ces plantes réduiraient en fait les spasmes intestinaux. Une autre enquête chez 93 nourrissons a trouvé une amélioration des symptômes avec un extrait standardisé de fenouil, mélisse et camomille [39].

Toutefois les effets secondaires de ces combinaisons de plantes à long terme chez les nourrissons n'ont pas été étudiés et les études portent sur de faibles échantillons.

4. Le saccharose

Le saccharose entraîne la libération d'opioïdes endogènes fournissant un effet analgésique chez les nourrissons [40].

Une étude en double aveugle a révélé que douze nourrissons sur dix-neuf avaient une réponse positive au saccharose, mais sur une durée limitée de trente minutes à une heure [41]. Un autre essai contrôlé randomisé [42] a également montré que l'amélioration due au saccharose était de courte durée (trois minutes).

5. Traitement médicamenteux :

Aucun médicament n'a réellement prouvé son efficacité.

Lucassen [43] a montré que la Dicyclomine, anticholinergique ayant un effet relaxant sur le muscle lisse, était efficace mais avec des effets secondaires sérieux. Elle est en plus contre indiquée chez les nourrissons de moins de six mois.

Aucun avantage n'a été montré pour le siméthicone, si ce n'est le soulagement des parents ([44], [45], [46]). La diméthicone, largement utilisée, entraîne une amélioration dans deux études, mais cet effet n'est pas supérieur à celui obtenu avec un placebo ([45], [47]).

La méthylscopolamine a également trop d'effets secondaires.

La trimebutine a plus un effet placebo qu'un rôle thérapeutique.

6. Traitement homéopathique :

Plusieurs traitements homéopathiques sont proposés pour soulager les « coliques » (colocynthis 9ch, magesia phosporica 9ch, Carbo Vegetabilis 5CH , Nttx vomica, crupum).

La qualité de plusieurs essais cliniques en homéopathie ne s'est pas comparée favorablement à celle de la médecine classique [48]. Seules quelques études bien menées démontrent les bienfaits possibles de l'homéopathie à l'égard de quelques troubles bien précis chez l'enfant (diarrhée, otite moyenne aigue) [49], [50], [51].

7. Les manipulations vertébrales

Les défenseurs de cette pratique partent du principe que les maladies sont souvent causées par des subluxations des vertèbres, et que cela est responsable d'une interruption des impulsions nerveuses. Ainsi, l'organisme pourrait guérir en corrigeant ces subluxations.

Les effets des manipulations de la colonne vertébrale par rapport au traitement par diméthicone ont été étudiés par Wiberg et Al. [52]. Deux groupes parmi cinquante nourrissons ont reçu pendant deux semaines un des deux traitements au hasard. Après le sixième jour de traitement, les manipulations de la colonne vertébrale ont montré une diminution significative des pleurs (2,4 heures à 1 heure en moyenne). Malheureusement les deux groupes ne pouvaient être comparés parce qu'il ne s'agissait pas d'un traitement à l'insu et que les parents et les enfants du groupe traité par manipulations interagissaient davantage avec les chiropraticiens pendant les séances de traitement.

Une étude auprès de 86 nourrissons « colitiques » dans le cadre d'un essai à l'insu aléatoire et contrôle contre placebo a démontré que les manipulations n'étaient pas plus efficaces qu'un placebo [53].

En conclusion, il n'existe pas de données probantes indiquant que la manipulation vertébrale peut avoir une incidence sur la durée des pleurs. Le préjudice possible de ces manipulations sur les nourrissons souffrant de pleurs prolongés n'a pas non plus été déterminé.

8. Coliques du nourrisson → nouvelle thérapie ciblée :

Jusqu'à ce jour, les traitements de la colique disponibles sont très limités.

L'utilisation des probiotiques (*Lactobacillus reuteri*) peut être une approche indirecte afin de diminuer la douleur.

Le *Lactobacillus reuteri* est un vrai probiotique selon la définition de l'OMS (microorganisme vivant qui lorsqu'il est administré en quantité adéquate, produit un bénéfice pour la santé de l'hôte) [54].

La souche du *Lactobacillus reuteri* *protectis*, naturellement présente dans le tractus gastro-intestinal de l'homme, a été isolée à partir du lait maternel, ce probiotique a la propriété de se fixer à l'épithélium intestinal et de coloniser la muqueuse, par cette liaison spécifique le *L. reuteri* déplace les agents pathogènes et les remplace : on parle de « exclusion compétitive des bactéries pathogènes ».

L. reuteri stimule la présence des lymphocytes T dans l'épithélium intestinal, entraînant la phagocytose des bactéries pathogènes et des cellules infectées par des virus [55].

Enfin le *L. reuteri* sécrète une substance antibactérienne (le reuterin) qui stoppe la prolifération bactérienne et autres agents pathogènes [56].

Ce mécanisme d'action confère au *L.reuteri* un bénéfice clinique important faisant de ce probiotique une référence dans la colique du nourrisson en réduisant les symptômes liés à ce trouble.

Dans une étude, Savino et al en 2004 décrit un plus faible nombre d'enfants colonisés par du *Lactobacillus* chez les enfants porteurs de coliques comparés à des enfants sains (19 % versus 44 %, $p < 0,044$). Ceci a incité cette équipe de chercheurs (Savino et al 2007) à supplémenter les enfants porteurs de coliques du nourrisson avec des probiotiques et en particulier du *Lactobacillus reuteri*. 41 nourrissons porteurs de coliques ont été supplémentés par du *L. reuteri* et comparés à 42 nourrissons porteurs de coliques et supplémentés avec un traitement par du siméthicone [6].

Les résultats montrent une diminution significative des symptômes dans le groupe des enfants avec coliques + probiotiques (95 % de répondeurs dans le groupe probiotiques versus 7 % de répondeurs dans le groupe siméthicone, $p < 0,01$). Les symptômes disparaissent après 14 jours de supplémentation [6].

Une autre étude menée à l'université d'Aldo Moro De Bari conclue qu'une induction du changement de la colonisation intestinale avec des lactobacilles dès les premières semaines de la vie, est une stratégie de prévention des troubles intestinaux, cette étude a suivie 554 nouveau-nés ayant reçu soit un probiotique (*Lactobacillus Reuteri* DSM 17938) ou un placebo pendant 90 jours. Les résultats à 3 mois sont : avec probiotique vs placebo (/jour) : durée moyenne des pleurs 38 vs 71 minutes, régurgitation 2,9 épisodes vs 4,6, diarrhée 4,2 épisodes vs 3,6. Les conclusions publiées dans le JAMA PEDIATRICS montrent une réduction des pleurs des nourrissons [57].

L'apport en *L.reutéri* induit un nouvel équilibre de la microflore intestinale, celui-ci est à l'origine d'une amélioration de la motilité digestive, et de la fonction intestinale du nourrisson soulageant ainsi la douleur viscérale ressentie.

Les bénéfices et l'innocuité de *L.reutéri* ont été prouvés depuis presque 20 ans par plus de 137 études cliniques, réalisées sur plus de 11700 individus, de tout âge (y compris les prématurés en soins intensifs) [58].

D'autres parts il a été démontré que le *L.reutéri* contribue aussi à lutter efficacement contre les régurgitations, la diarrhée et aide à préserver ou à rééquilibrer la flore intestinale perturbée par la prise d'antibiotiques [57].



Matériels et méthodes

I. Problématique :

L'étude des coliques chez les nourrissons est à l'origine de nombreuses questions allant des mécanismes des coliques aux différents facteurs de risque dans le but d'améliorer la prévention et les traitements concernant ce syndrome.

On ne possède que de très peu d'études sur les coliques des nourrissons, c'est pourquoi il nous a paru intéressant de recueillir les données chiffrées de cas de coliques au sein de la population des nourrissons qui viennent au niveau des urgences médicales de l'hôpital d'enfants de Rabat.

II. Matériels de l'étude :

1. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude de prévalence à propos de 150 cas.

2. Lieu d'étude :

Notre étude a été menée au sein du service des urgences médicales de l'hôpital d'enfants de Rabat.

3. Nos principaux objectifs :

-Déterminer dans un premier temps la prévalence des coliques chez les nourrissons consultant au service des urgences médicales pédiatriques de l'Hôpital d'Enfants de Rabat.

-Evaluer l'impact des coliques des nourrissons sur la qualité de vie des parents.

4. La population d'étude :

4.1. Les critères d'inclusion :

Ont été inclus dans l'étude les nourrissons âgés de moins de 06 mois consultant au service des urgences médicales pédiatriques de l'HER pour tout motif et chez qui on recherche la notion de colique actuelle ou dans les antécédents.

4.2. Les critères d'exclusion :

Ont été exclus :

-Les nourrissons âgés de plus de 6 mois.

-Les nourrissons âgés de moins de 6 mois mais dont l'état de santé à l'admission exigeait une prise en charge immédiate et ne permettait pas de remplir le questionnaire.

Cela a abouti à une sélection finale de 150 cas de nourrissons de moins de 6 mois, avec et sans coliques.

III. Méthodes de l'étude :

Nous avons réalisé une étude de prévalence. Avant de préparer la fiche d'exploitation nous avons effectué une recherche documentaire sur les bases de données en langue française et anglaise [59] [60].

Les nourrissons inclus dans cette étude sont tous des nourrissons âgés de moins de 6 mois ayant consulté au service des urgences médicales de l'hôpital d'enfants de Rabat quel que soit le motif de consultation.

Pour chaque nourrisson, on a rempli après accord des mères un questionnaire.

Une enquête préalable a permis avec les données de la littérature d'estimer qu'il fallait inclure environ 150 cas pour avoir un échantillon représentatif, sachant que la fréquence de ce syndrome dans la littérature varie de 10% à 40%.

Le questionnaire a été élaboré à partir des éléments rencontrés dans la littérature. Il comportait 6 items (voir annexe 1) :

- ➔ Données épidémiologiques : Age, sexe, origine, niveau socioéconomique, couverture sociale.
- ➔ Motif de consultation.
- ➔ Antécédents personnels et familiaux : permettant ainsi d'étudier les facteurs de risque des coliques du nourrisson.
- ➔ Histoire du trouble.
- ➔ Données de l'examen clinique.
- ➔ Impact sur la qualité de vie des parents.

IV. Analyse statistique :

La saisie des données a été effectuée sur fichier Excel.

Les données ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel SPSS 13.0.

Les variables quantitatives ont été exprimées par la moyenne et les écart-types SD, ou médiane et quartiles.

Les variables qualitatives ont été exprimées par l'effectif et le pourcentage.

La recherche de facteurs associés à l'apparition des coliques chez le nourrisson a été réalisée en analyse univariée à l'aide d'un modèle de régression logistique binaire.

Le seuil de signification a été fixé à $p < 0,05$.



Résultats

I. Données épidémiologiques :

1. Prévalence :

Notre étude a porté sur 150 cas de nourrissons de moins de 6 mois, 52 cas ont présenté des coliques, cela correspond à une prévalence de 34,6% (35%).

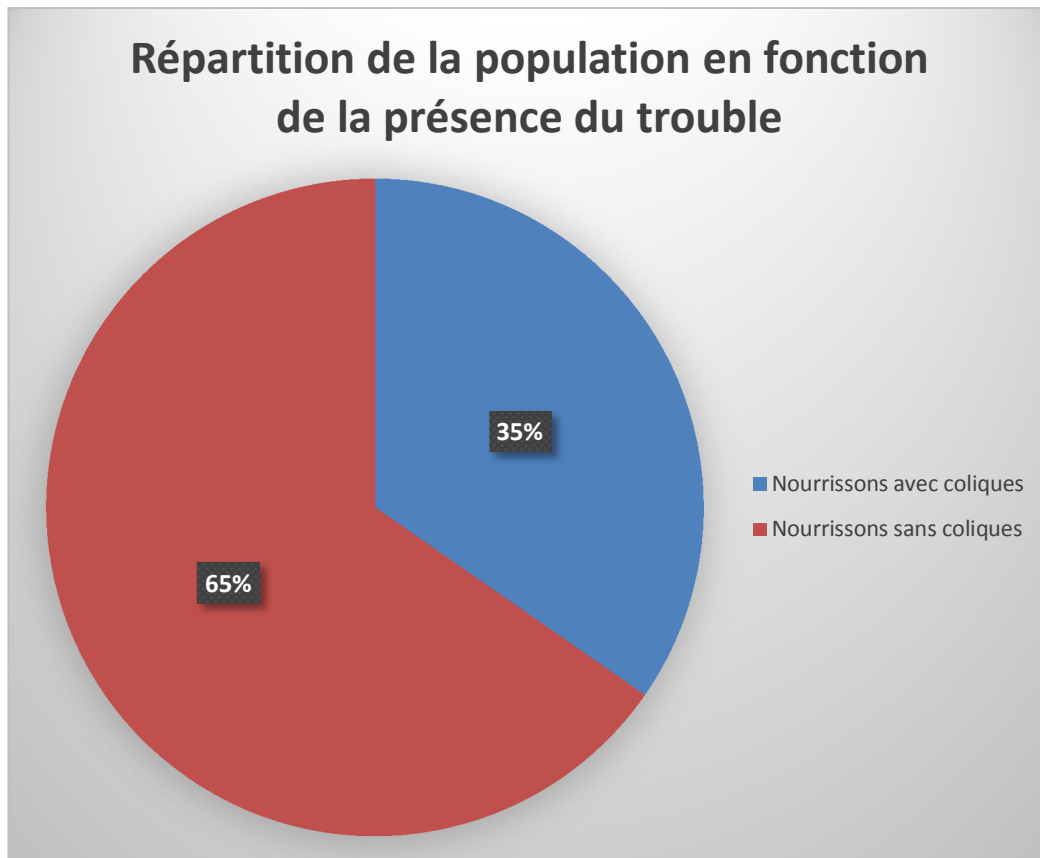


Figure 1 : Répartition de la population en fonction de la présence du trouble (n=150).

2. Répartition selon le sexe :

Notre étude est effectuée sur 150 nourrissons de moins de 6 mois qui sont répartis par rapport à leurs sexes comme suit : 61 filles (41%) et 89 garçons (59%). (Figure 2).

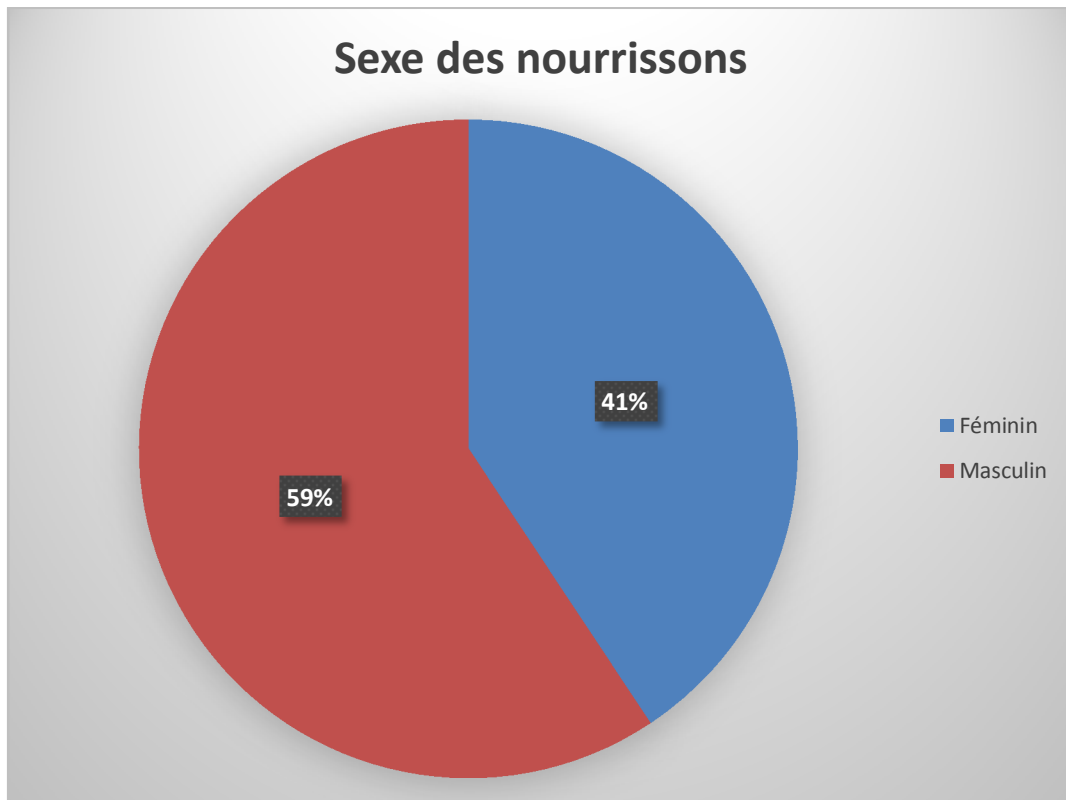


Figure 2 : Répartition de la population d'étude selon le sexe (n=150).

Les nourrissons souffrants de coliques (n=52) sont répartis en 21 filles (soit 40%) et 31 garçons (soit 60%) (Figure 3).

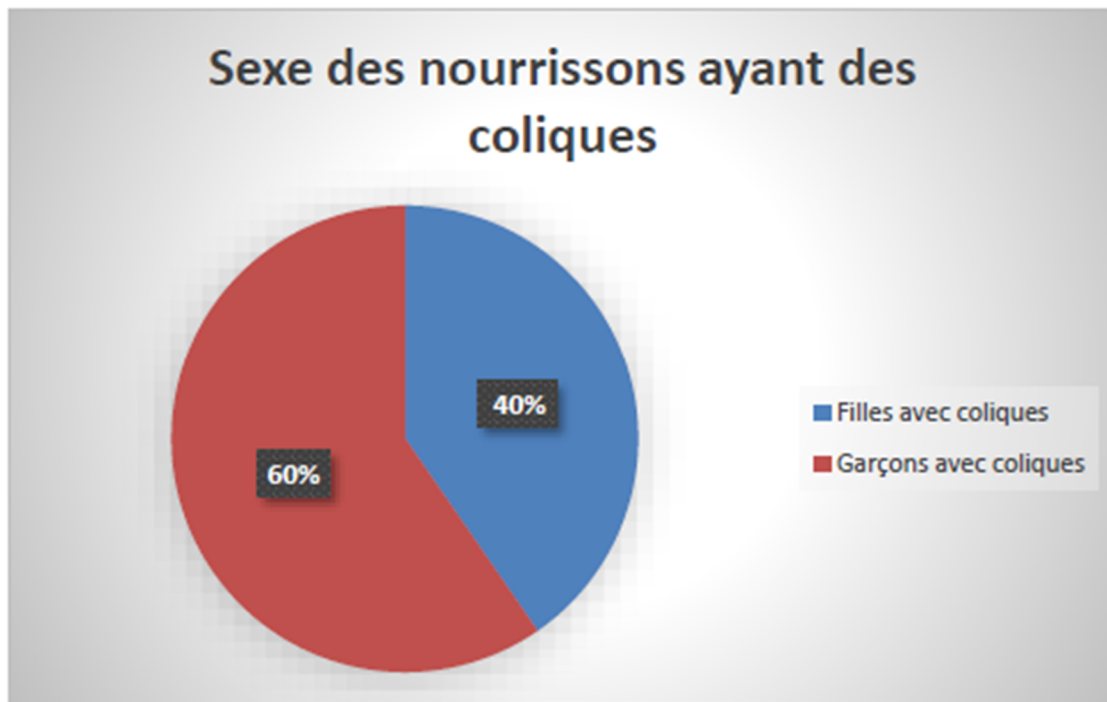


Figure 3 : Répartition des cas de coliques selon le sexe (n=52).

3. Répartition selon l'âge :

L'âge médian des nourrissons qui sont venus consulter aux urgences (n=150) est de 76 jours avec des quartiles qui vont de 30 jours à 123,75 jours.

4. Répartition selon l'origine :

- 57 Nourrissons sont originaires de Salé soit 38%.
- 36 Nourrissons sont originaires de Rabat soit 24%.
- 20 Nourrissons sont originaires de Témara soit 13%.
- 37 Nourrissons sont d'autres origines soit 25%.

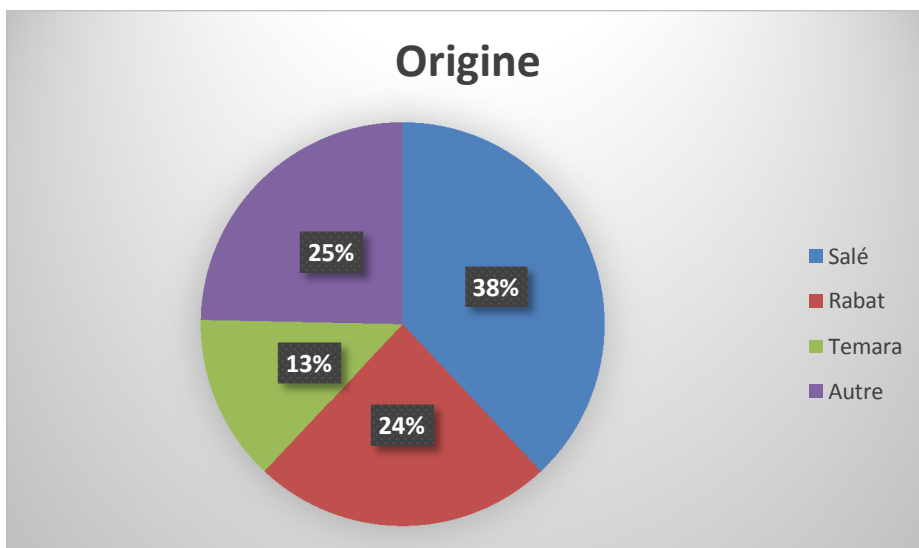


Figure 4 : Répartition des nourrissons selon leurs origines (n=150).

Pour les nourrissons souffrant des coliques :

- 27 Nourrissons sont originaires de Salé soit 52%.
- 11 Nourrissons sont originaires de Rabat soit 21%.
- 7 Nourrissons sont originaires de Témara soit 14%.
- 7 Nourrissons sont d'autres origines soit 13%.

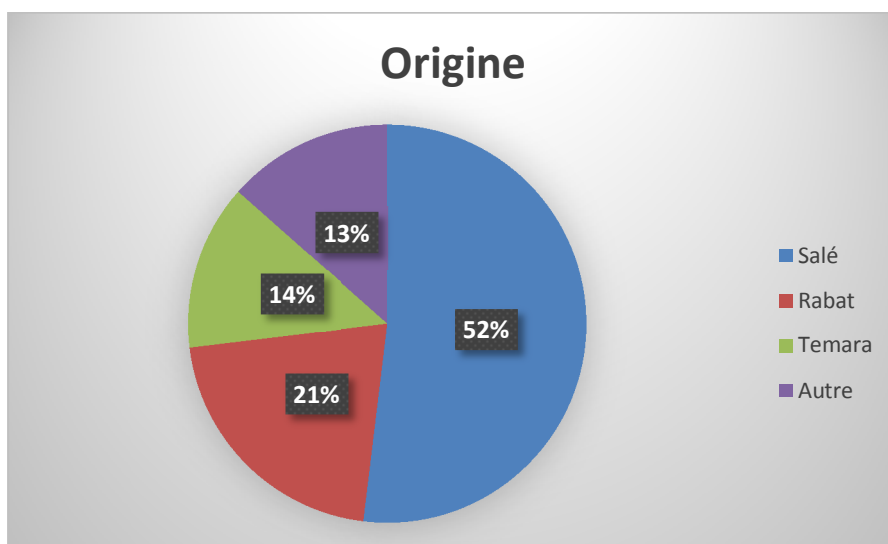


Figure 5 : Répartition des nourrissons ayant les coliques selon leurs origines (n=52).

5. Répartition selon le niveau socioéconomique :

Dans notre série, 100 patients sont de bas niveau socio-économique soit 67%, 47 patients sont de classe moyenne soit 31%, et 3 patients seulement sont de classe élevée soit 2%.

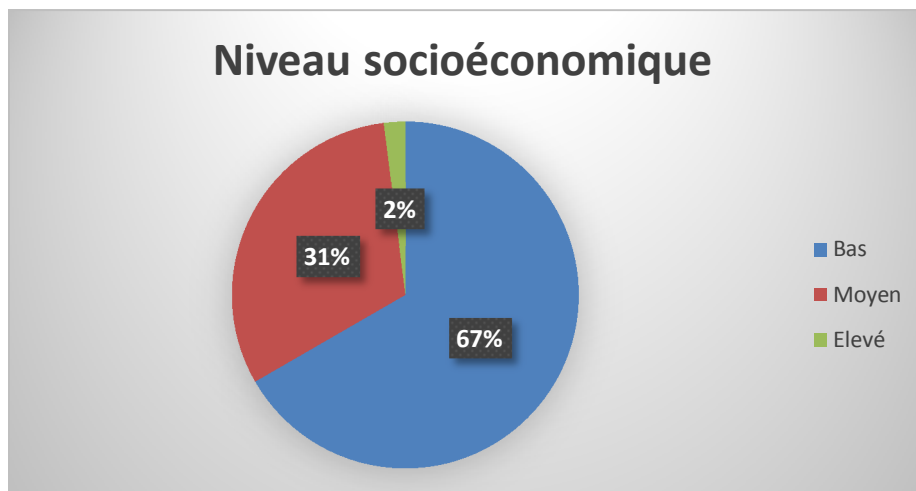


Figure 6 : Répartition des nourrissons selon leurs niveaux socio-économiques (n=150).

Concernant les nourrissons souffrants de coliques, 30 cas sont de bas niveau socio-économique soit 58%, et 22 cas sont de classe moyenne soit 42%.



Figure 7 : Répartition des nourrissons ayant les coliques selon leurs niveaux socio-économiques (n=52).

6. Répartition selon la couverture sociale :

Dans notre série, 77% des cas bénéficient d'une couverture sociale, 23% ne sont affiliés à aucun régime (Figure 8).

- 35 Nourrissons sont sans couverture sociale, soit 23%.
- 70 Nourrissons sont affiliés au Ramed, soit 47%.
- 26 Nourrissons sont couverts par la CNSS, soit 17%.
- 13 Nourrissons sont couverts par la CNOPS, soit 9%.
- 6 Nourrissons sont affiliés à d'autres régimes (FAR) soit 4%.

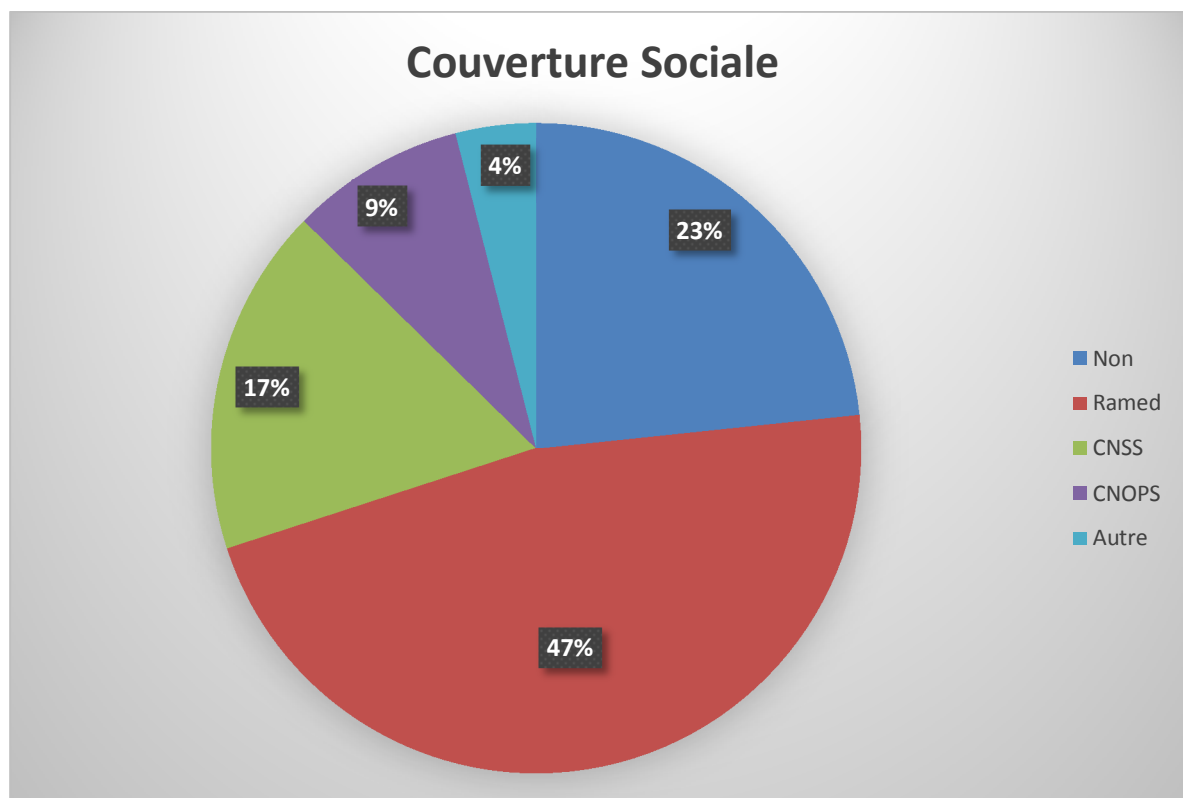


Figure 8 : Répartition des nourrissons selon leurs couvertures sociales (n=150).

Pour les nourrissons souffrant de coliques (n=52) :

- 11 Nourrissons sont sans couverture sociale, soit 21%.
- 23 Nourrissons sont affiliés au Ramed, soit 44%.
- 12 Nourrissons sont couverts par la CNSS, soit 23%.
- 4 Nourrissons sont couverts par la CNOPS, soit 8%.
- 2 Nourrissons sont affiliés à d'autres régimes (FAR) soit 4%.

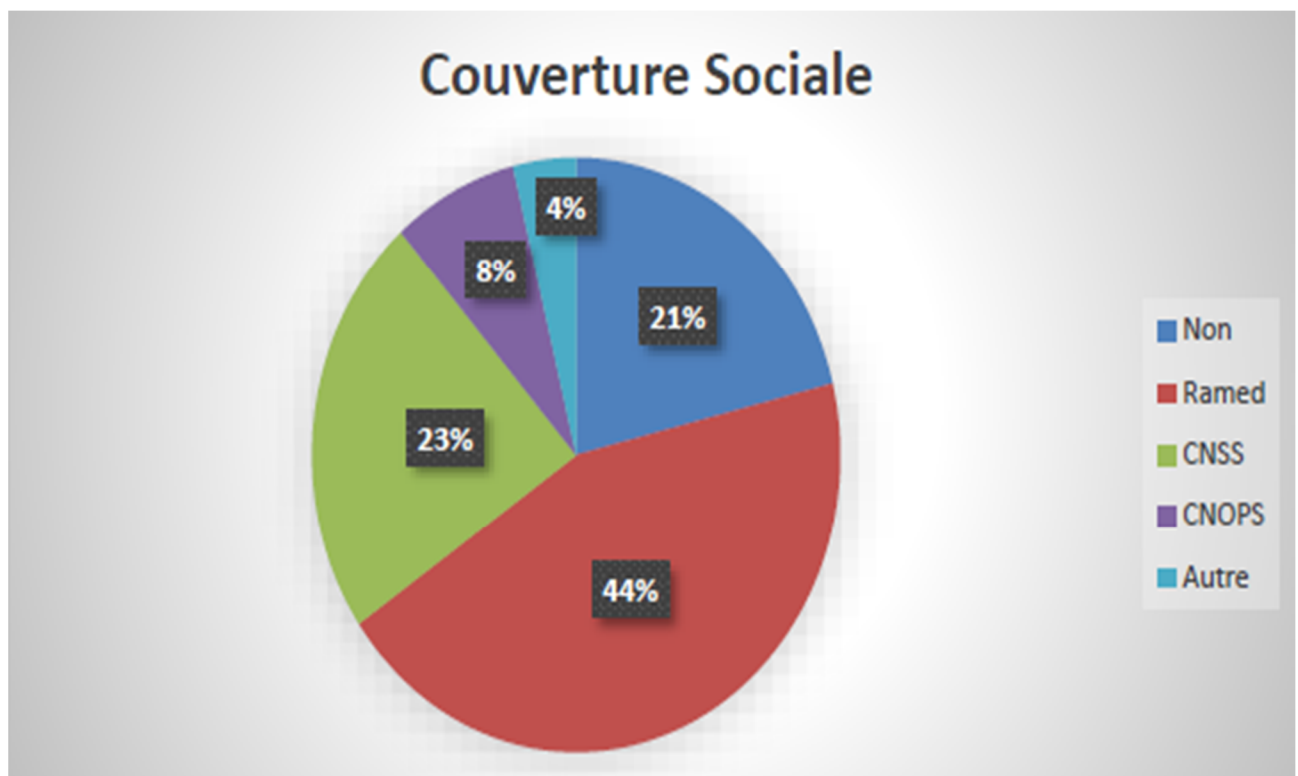


Figure 9 : Répartition des nourrissons selon leurs couvertures sociales (n =52).

II. Données cliniques :

1. Antécédents : étude des facteurs de risque des coliques.

Les tableaux 1 et 2 permettent l'étude des différents facteurs pouvant s'associer à un risque élevé d'apparition des coliques, ces facteurs sont les suivants : déroulement de la grossesse qui est normal sans incident chez 94,23% du groupe « avec coliques » versus 95,92% du groupe « sans coliques », la voie haute d'accouchement 26,92% « avec coliques » versus 16,33% « sans coliques », allaitement maternel exclusif chez 42,31% « avec coliques » versus 46,94 « sans coliques », prématurité chez 5,77% « avec coliques » versus 5,10% « sans coliques », notion de souffrance néonatale chez 3,85% « avec coliques » versus 1,02% « sans coliques », rang dans la fratrie (premier-né) 46,15% « avec coliques » versus 40,52% « sans coliques », notion d'atopie familiale retrouvée chez 15,38% « avec coliques » versus 8,16% « sans coliques », anxiété maternelle retrouvée chez 13,46% « avec coliques » versus 8,16% « sans coliques », un seul cas de tabagisme maternel a été noté.

Concernant les données sociodémographiques :

- 11 mères du groupe « avec coliques » sont actives soit 21,15% versus 17 mères du groupe « sans coliques » soit 17,35%.
- 46 pères du groupe « avec coliques » sont actifs soit 88,46% versus 91 pères du groupe « sans coliques » soit 92,86%.

**Tableau I : Caractéristiques des nourrissons permettant de comparer les deux groupes
«avec coliques» et « sans coliques ».**

Variables		Nourrissons (n=150)	Nourrissons avec coliques (n=52)	Nourrissons sans coliques (n=98)
		n(%)	n(%)	n(%)
Déroulement de la grossesse	Non Suivi	2(1,3)	1(1,92)	1(1,02)
	Normal	143(95,3)	49(94,23)	94(95,92)
	Incident	5(3,3)	2(3,85)	3(3,06)
Age Gestationnel	Prématuré	8(5,33)	3(5,77)	5(5,10)
	A terme	138(92)	46(88,46)	92(93,88)
	Post mature	4(2,66)	3(5,77)	1(1,02)
Mode d'accouchement	Voie basse	120(80)	38(73,08)	82(83,67)
	Césarienne	30(20)	14(26,92)	16(16,33)
Antécédent de Souffrance néonatale	Non	147(98)	50(96,15)	97(98,98)
	Oui	3(2)	2(3,85)	1(1,02)
Mode d'allaitement	Maternel exclusif	68(45,3)	22(42,31)	46(46,94)
	Artificiel	26(17,3)	7(13,46)	19(19,39)
	Mixte	56(37,3)	23(44,23)	33(33,67)
Age de diversification	non diversifié	144(96)	51(98,08)	93(94,90)
	1 j	1(0,7)	0(0)	1(1,02)
	30 j	2(1,3)	1(1,92)	1(1,02)
	122 j	1(0,7)	0(0)	1(1,02)
	152 j	1(0,7)	0(0)	1(1,02)
	183 j	1(0,7)	0(0)	1(1,02)
Vaccination selon le PNI	En cours	22(14,7)	3(5,77)	19(19,39)
	Faite	128(85,3)	49(94,23)	79(80,61)
Pathologie préexistante	Non	131(87,3)	48(92,31)	83(84,69)
	Oui	19(12,7)	4(7,69)	15(15,31)
Consanguinité	Non	126(84)	43(82,69)	83(84,69)
	1er degré	22(14,7)	8(15,38)	14(14,29)
	2ème degré	2(1,3)	1(1,92)	1(1,02)
	0	64(42,7)	24(46,15)	40(40,82)
	1	39(26)	13(25)	26(26,53)

Prévalence des coliques chez le nourrisson et leur impact sur la qualité de vie des parents

Nombre de frère et sœur	2	31(20,7)	11(21,15)	20(20,41)
	3	9(6)	3(5,77)	6(6,12)
	4	7(4,7)	1(1,92)	6(6,12)
Position dans la fratrie	1	65(43,3)	24(46,15)	41(41,84)
	2	41(27,3)	15(28,85)	26(26,53)
	3	28(18,7)	9(17,31)	19(19,39)
	4	9(6)	3(5,77)	6(6,12)
	5	7(4,7)	1(1,92)	6(6,12)
Notion d'atopie familiale	Négative	134(89,3)	44(84,62)	90(91,84)
	Positive	16(10)	8(15,38)	8(8,16)
Notion d'anxiété maternelle	Non	135(90)	45(86,54)	90(91,84)
	Oui	15(9,3)	7(13,46)	8(8,16)
Notion de tabagisme maternelle	Négative	149(99,3)	51(98,08)	98(100)
	Positive	1(0,7)	1(1,92)	0(0)

Tableau II : Comparaison des données sociodémographiques des parents des deux groupes des nourrissons « avec coliques » et « sans coliques ».

Données sociodémographiques		Nourrissons (n=150)	Nourrissons avec coliques (n=52)	Nourrissons sans coliques (n=98)
		n(%)	n(%)	n(%)
Niveau d'instruction de la mère	Analphabète	48(32)	13(25)	35(35,71)
	Primaire	37(24,7)	13(25)	24(24,49)
	Secondaire	61(40,7)	23(44,23)	38(38,78)
	Supérieur	4(2,7)	3(5,77)	1(1,02)
Profession de la mère	Sans profession	122(81,3)	41(78,85)	81(82,65)
	Active	28(18,7)	11(21,15)	17(17,35)
Niveau d'instruction du père	Analphabète	31(20,7)	10(19,23)	21(21,43)
	Primaire	40(26,7)	12(23,08)	28(28,57)
	Secondaire	62(41,3)	21(40,38)	41(41,84)
	Supérieur	17(11,3)	9(17,31)	8(8,16)
Profession du père	Sans profession	13(9,3)	6(11,54)	7(7,14)
	Actif	137(91,33)	46(88,46)	91(92,86)

◆ **Age de la mère :**

La moyenne d'âge des mères de toute la population d'étude (n=150) est de 28,61 ans, l'âge maximal enregistré est de 43 ans, l'âge minimal est de 18 ans.

La moyenne d'âge des mères des nourrissons souffrants des coliques (n=52) est de 28,11 ans, l'âge maximal est de 40 ans, l'âge minimal est de 20 ans.

La moyenne d'âge des mères des nourrissons sans coliques (n=98) est de 28,8 ans, l'âge maximal est de 43 ans, l'âge minimal est de 18 ans.

Tableau III : Moyennes d'âge des mères.

	Age minimal	Moyenne d'âge	Age maximal
Population d'étude (n=150)	18 ans	28,61 ans	43 ans
Nourrissons avec coliques (n=52)	20 ans	28,11 ans	40 ans
Nourrissons sans coliques (n=98)	18 ans	28,8 ans	43 ans

◆ **Poids de naissance des nourrissons :**

Lors de notre enquête, nous avons pu récupérer 91 poids de naissance.

La moyenne est de 3060 g, le poids minimal est de 1200 g et le poids maximal est de 4500 g.

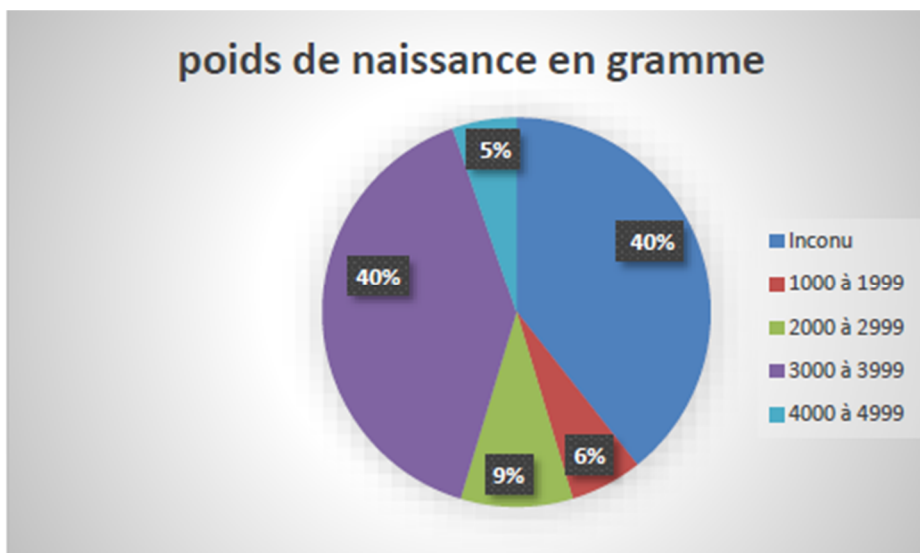


Figure 10 : répartition des nourrissons selon le poids de naissance (n=150).

Dans le groupe des nourrissons ayant les coliques, le poids de naissance moyen est de 3100g, avec un poids minimal de 1600g, et un poids maximal de 4500g (Figure 11).

Dans le groupe des nourrissons sans coliques, le poids de naissance moyen est de 3000g, avec poids minimal de 1200g et un poids maximal de 4500g.

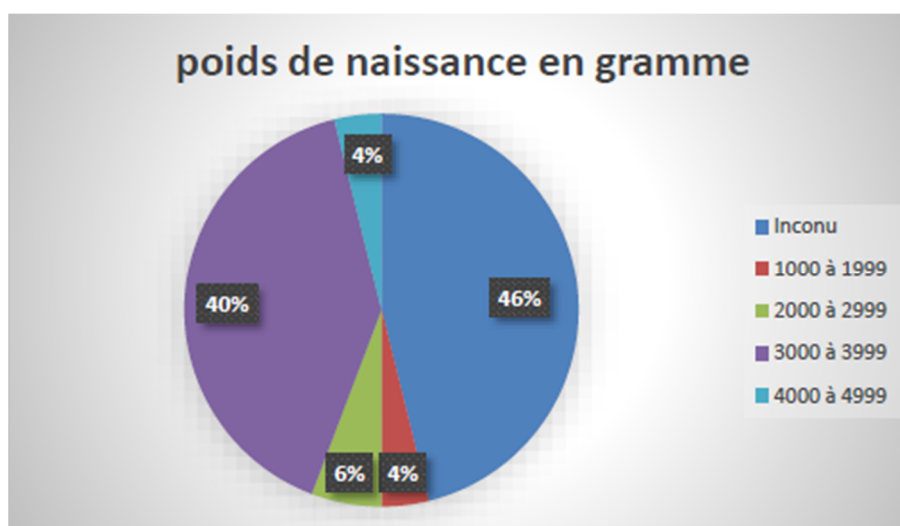


Figure 11 : Répartition des nourrissons souffrants des coliques selon le poids de naissance (n=52).

L'analyse des facteurs de risque des coliques du nourrisson les plus pertinents dans la littérature est représentée dans le tableau suivant.

Tableau IV : Analyse univariée des facteurs de risque pouvant s'associer à l'apparition des coliques.

	p	OR	IC 95,0%	
			Inférieur	Supérieur
Déroulement de la grossesse	0,975	0,975	0,204	4,665
Age Gestationnel	0,403	1,708	0,488	5,978
Mode d'accouchement	0,126	1,888	0,837	4,261
Antécédent de Souffrance néonatale	0,273	3,879	0,343	43,824
Mode d'allaitement	0,329	1,203	0,830	1,745
Age de diversification	0,363	0,365	0,041	3,207
Pathologie préexistante	0,190	0,461	0,145	1,469
Consanguinité	0,682	1,182	0,531	2,630
Position dans la fratrie (premier-né)	0,612	0,839	0,426	1,652
Notion d'atopie familiale	0,122	2,338	0,797	6,860
Age de la mère	0,512	0,981	0,926	1,039
Age du nourrisson	0,266	1,002	0,998	1,006
Sexe du nourrisson	0,959	1,018	0,513	2,019
Notion d'anxiété maternelle	0,212	2,022	0,969	6,117
Notion de tabagisme maternel	!	!	!	!
Poids de naissance	0,465	1,474	0,521	4,171

La recherche des facteurs associés à un risque accru d'apparition des coliques chez le nourrisson, réalisée en analyse univariée à l'aide d'un modèle de régression logistique binaire, n'a pas montré de différence statistiquement significative concernant les paramètres étudiés.

Le seuil de signification a été fixé à $p < 0,05$

2. Histoire du trouble :

2.1. Age d'apparition du trouble :

- L'âge médian d'apparition du trouble est de 15 jours (2 semaines) avec des quartiles qui vont de 7 jours (1 semaine) à 30 jours (1 mois).

2.2. Fréquence des cris par jour :

La Figure 12 représente la répartition des nourrissons selon la fréquence des cris par jour, selon les parents :

- 12 nourrissons pleurent pour une durée de moins de 3heures/jour, soit 23% des cas.
- 16 nourrissons pleurent pour une durée de 3 heures, soit 31% des cas.
- 24 nourrissons pleurent pour une durée de plus de 3 heures, soit 46% des cas.

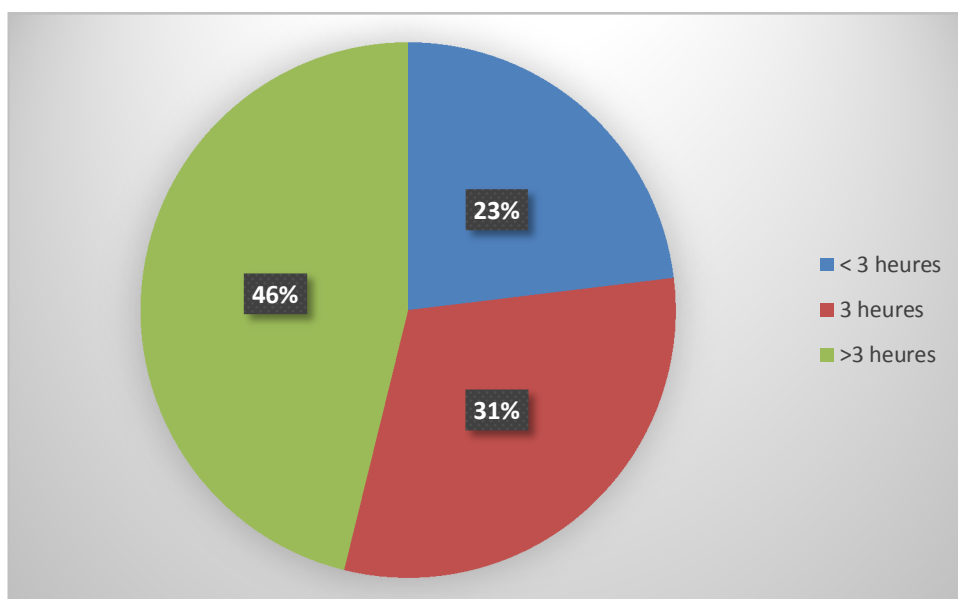


Figure 12 : Fréquence des cris par jour pour les nourrissons ayant les coliques (n=52).

2.3. Fréquence des cris par semaine:

La Figure 13 montre la répartition des nourrissons selon la fréquence des cris par semaine :

- 1 nourrisson pleure moins de 3 jours/semaine soit 2% des cas.
- 12 nourrissons pleurent 3 jours/semaine, soit 23% des cas.
- 39 nourrissons pleurent plus de 3 jours/semaine, soit 75% des cas.

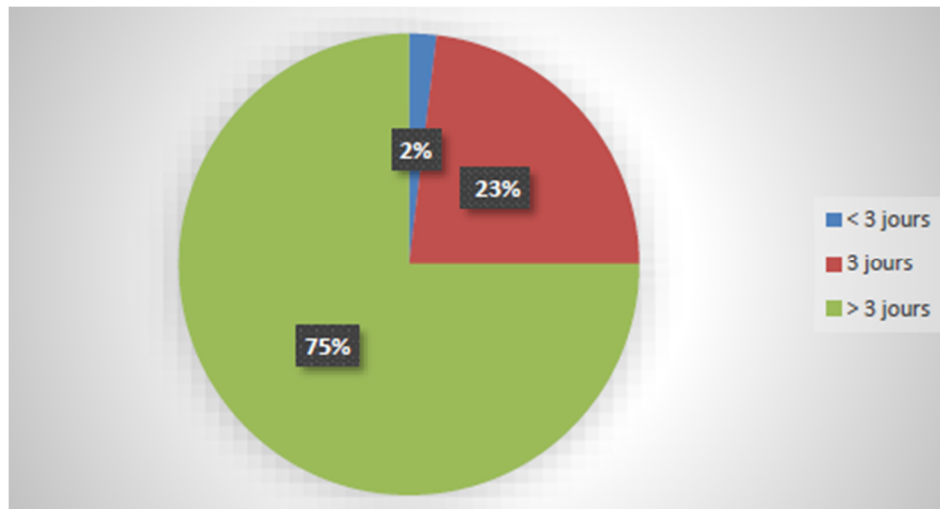


Figure 13 : Nombre de jour par semaine des cris (n=52).

2.4. Horaire de survenue des cris :

La Figure 14 représente la répartition des nourrissons selon l'horaire de survenue des cris :

- Les crises de coliques surviennent surtout le matin chez 2 nourrissons, soit 4% des cas.
- Surtout le soir chez 23 nourrissons, soit 44% des cas.
- Matin et soir chez 27 nourrissons, soit 52% des cas.

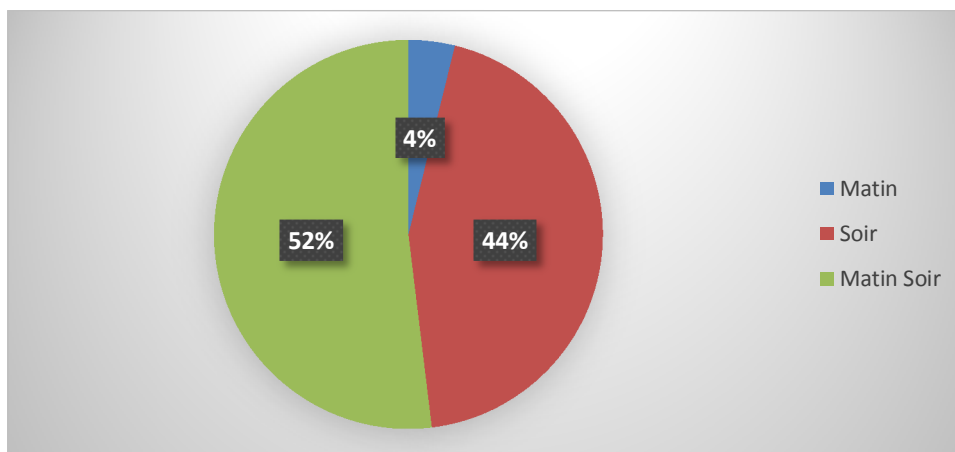


Figure 14 : Horaire de survenue des cris (n=52).

2.5. Facteur déclenchant les cris :

Aucun facteur déclenchant des crises de coliques n'a été retrouvé chez la totalité des nourrissons de notre série.

2.6. Caractère consolable des cris :

Dans notre étude et selon les parents, 34 nourrissons soit 65% des cas ont un caractère consolable des cris.

18 nourrissons, soit 35% ont des cris inconsolables.

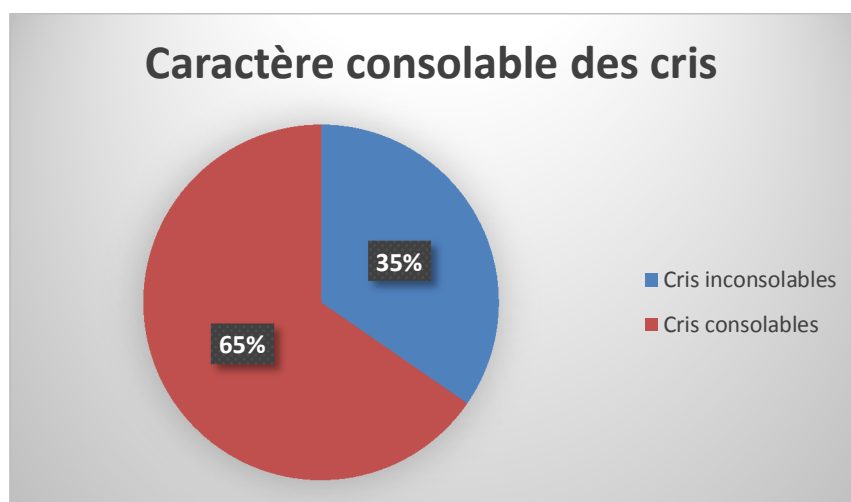


Figure 15 : répartition des cas selon le caractère consolable des cris (n=52)

2.7. Signes associés aux coliques :

La Figure 16 représente la répartition des nourrissons selon les signes associés aux coliques:

- 2 nourrissons souffrent des coliques, sans signes associés, soit 4% des cas.
- 3 nourrissons souffrent en plus, de ballonnement abdominal, soit 6% des cas.
- 4 nourrissons souffrent en plus des coliques, d'émission de gaz, soit 8% des cas.
- 37 nourrissons souffrent du ballonnement abdominal et d'émission de gaz, soit 71% des cas.
- 6 nourrissons souffrent en plus des coliques, de ballonnement abdominal, d'émission de gaz et d'autres signes à type de constipation, régurgitations, diarrhée, soit 11% des cas.

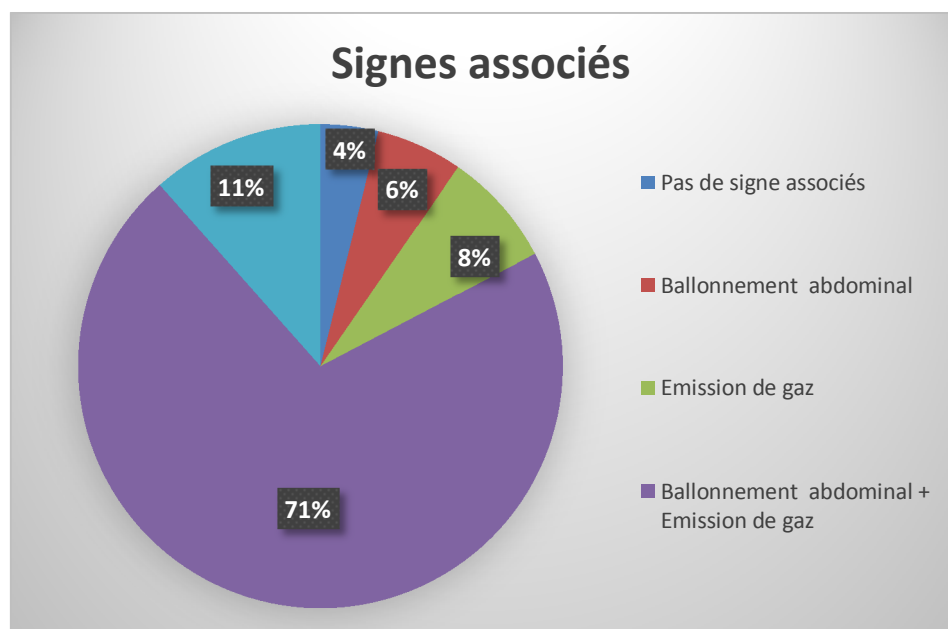


Figure 16 : Répartition des cas selon les signes associés au trouble (n=52).

2.8. Thérapeutiques reçues par les nourrissons :

La Figure 17 représente les différentes thérapeutiques reçues par les nourrissons :

- 3 nourrissons n'ont reçu aucune thérapeutique avant la consultation.
- 1 seul cas de changement du lait, soit 1,9% des cas.
- Traitement par des tisanes : effectué pour 14 nourrissons, soit 26% des cas.
- Traitement par des médicaments (médicaments précisés par certaines mamans : complément alimentaire à base du charbon végétal et des huiles essentielles de menthe et de fenouil, TRIMEBUTINE) : pour 8 nourrissons, soit 15% des cas.
- Traitement par l'association des médicaments et des tisanes : pour 26 nourrissons, soit 50% des cas.

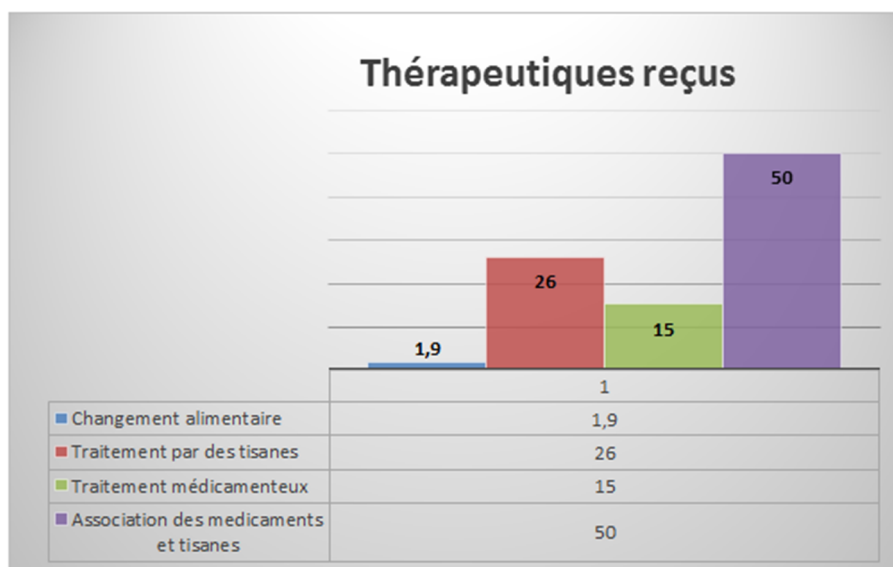


Figure 17 : répartition des cas selon les thérapeutiques reçues (n=52).

2.9. Evolution des nourrissons après traitement selon les parents:

La Figure 18 montre l'évolution des cas après les thérapeutiques reçues:

Parmi les 52 cas de nourrissons ayant les coliques, 37% ne se sont pas améliorés après les thérapeutiques reçues.

Parmi les cas améliorés (63% des cas), 33% des cas se sont améliorés par les tisanes, 18% des cas par le traitement médicamenteux, 49% des cas par l'association des deux.

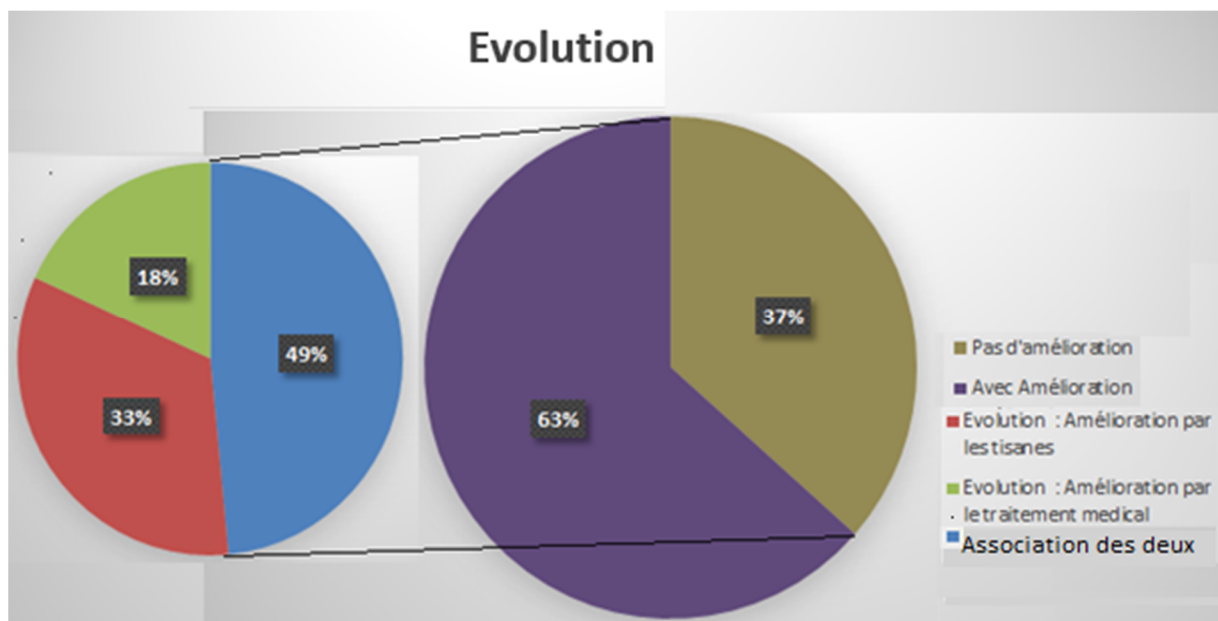


Figure 18 : Evolution des cas après traitement (n=52).

3. Données de l'examen clinique :

3.1. Examen général :

L'examen clinique des nourrissons souffrant de coliques à l'admission a montré :

a. Poids d'admission :

51 nourrissons présentaient un poids normal par rapport à l'âge et le sexe ; soit 98% des cas.

1 seul nourrisson présentait un poids inférieur à la moyenne d'âge et de sexe ; soit 2% des cas.

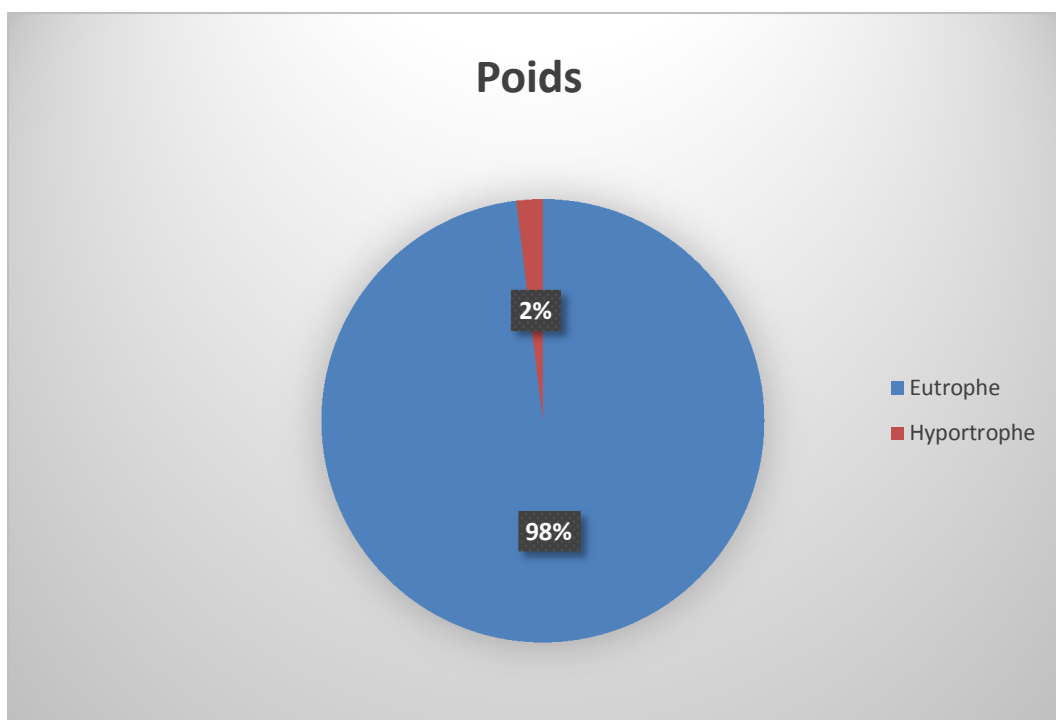


Figure 19 : Poids d'admission des cas de coliques (n=52).

b. Taille d'admission :

41 nourrissons présentaient une taille normale par rapport à l'âge et le sexe ; soit 79% des cas.

11 nourrissons présentaient une taille inférieure à la moyenne d'âge et de sexe ; soit 21% des cas.

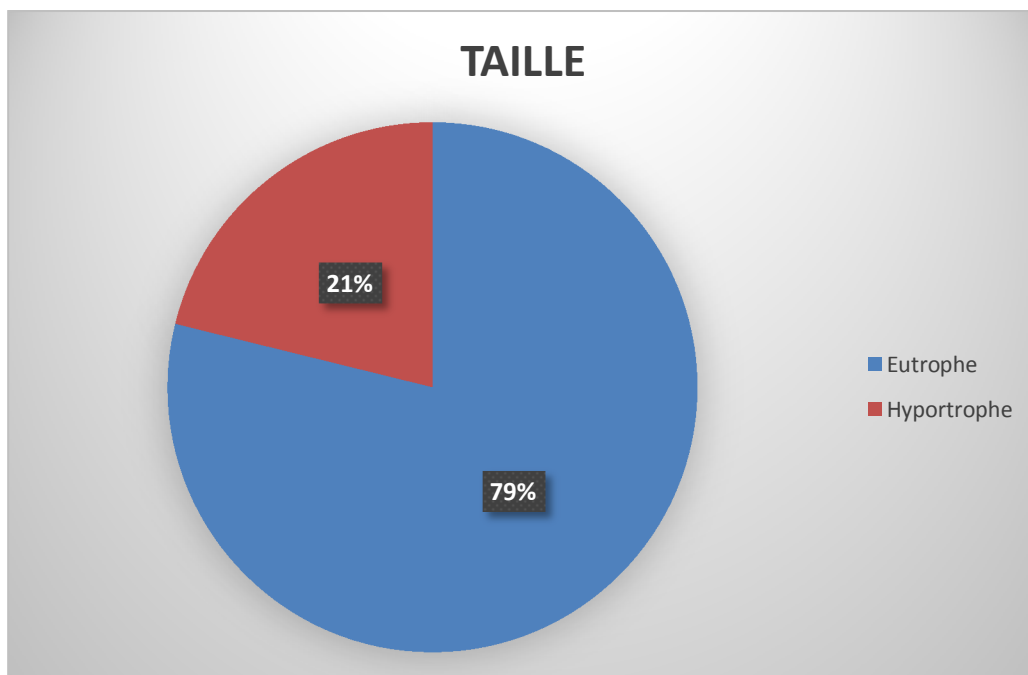


Figure 20 : Taille des cas de coliques à l'admission (n=52).

c. Le reste de l'examen général :

L'examen général était normal en dehors de :

1 seul cas de conjonctives légèrement décolorées, soit 1,9% des cas.

1 seul cas d'ictère conjonctival, soit 1,9% des cas.

Appétit faible : pour 6 nourrissons, soit 11,5% des cas.

Aucun cas de dysmorphie faciale n'a été soulevé dans notre série .

3.2. Examen clinique appareil par appareil :

L'examen clinique des nourrissons n'a pas retrouvé d'anomalie en dehors d'un ballonnement abdominal chez 30 nourrissons soit 57,7% des cas.

Tableau V : Données de l'examen clinique des cas de colique (n=52).

	Examen	n(%)
<u>Examen abdominal</u>	Ballonnement abdominal	30(57,7)
	Respiration abdominal anormale	2(3,8)
	Présence d'une voussure	0(0)
	Présence d'ondulations péristaltiques	0(0)
	Abdomen non souple	0(0)
	Présence de masse abdominale	0(0)
	Sensibilité abdominale	0(0)
	Hernie ombilicale	10(19,23)
	Hernie inguinoscrotale	1(1,9)
	Présence de fissures anales	0(0)
	Auscultation : bruits Hydroaériques exagérés	2(3,8)
<u>Examen pulmonaire</u>	Thorax asymétrique	0(0)
	Respiration thoracique anormale	1(0,7)
	Déformation thoracique	0(0)
	Anomalie des murmures vésiculaires	4(7,7)
<u>Examen Cardiovasculaire</u>	Anomalie des bruits du cœur	0(0)
	Anomalie des pouls périphériques	0(0)
<u>Examen neurologique</u>	Reflexes archaïques : Légèrement diminués	1(1,9)
	Hypotonie	7(14,3)
	Troubles de la conscience	0(0)
<u>Autres examens</u>	Présence de lésion cornéenne	0(0)
	lésion cutanéomuqueuse	6(11,5)
	Rash	3(5,8)
	Points sensibles au niveau des extrémités.	0(0)

III. Impact sur la qualité de vie des parents

1. Qualité du sommeil :

- 42 mères soit 81% ont rapporté une altération de la qualité du sommeil à cause des pleurs excessifs de leurs bébés.

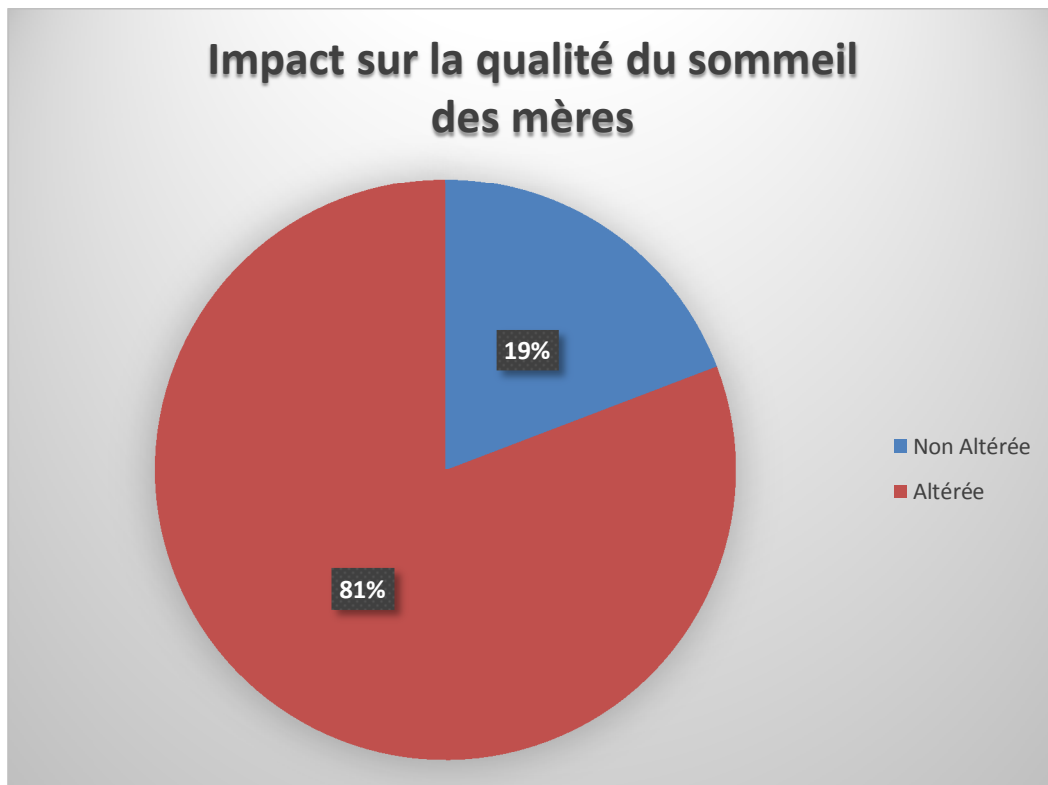


Figure 21 : Impact sur la qualité du sommeil des mères (n=52).

2. Stress :

- 36 mères soit 69% mères ont déclaré être stressées par les pleurs incessants de leurs bébés.

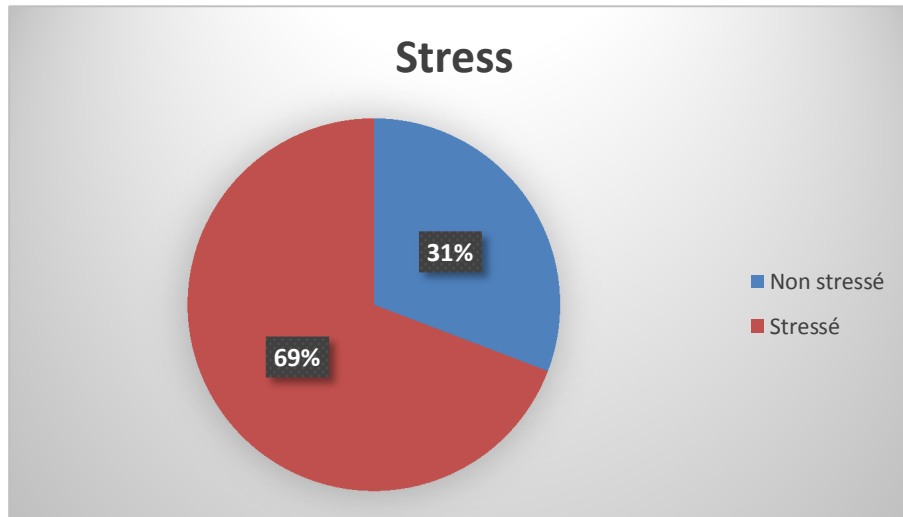


Figure 22 : Stress des mères (n=52).

3. Sentiment d'incompétence :

- Le sentiment d'incompétence a été retrouvé chez 12 mères, soit 23%.

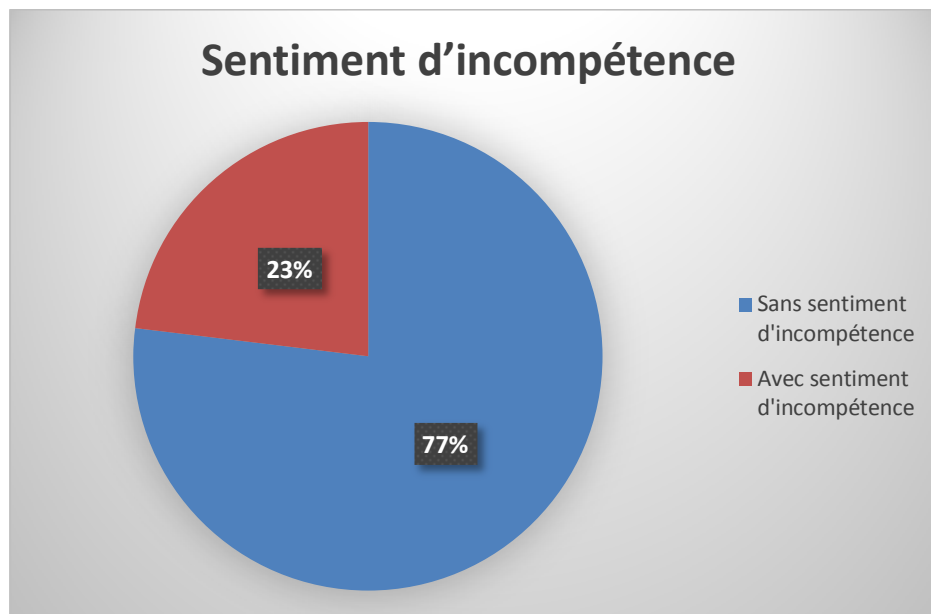


Figure 23 : Sentiment d'incompétence (n=52).

4. Sentiment de culpabilité :

- 12 mères ont rapporté un sentiment de culpabilité, soit 23%, elles se sentent coupables surtout de ne pas comprendre les pleurs de leurs bébés et de ne pas pouvoir trouver des solutions pour les soulager.

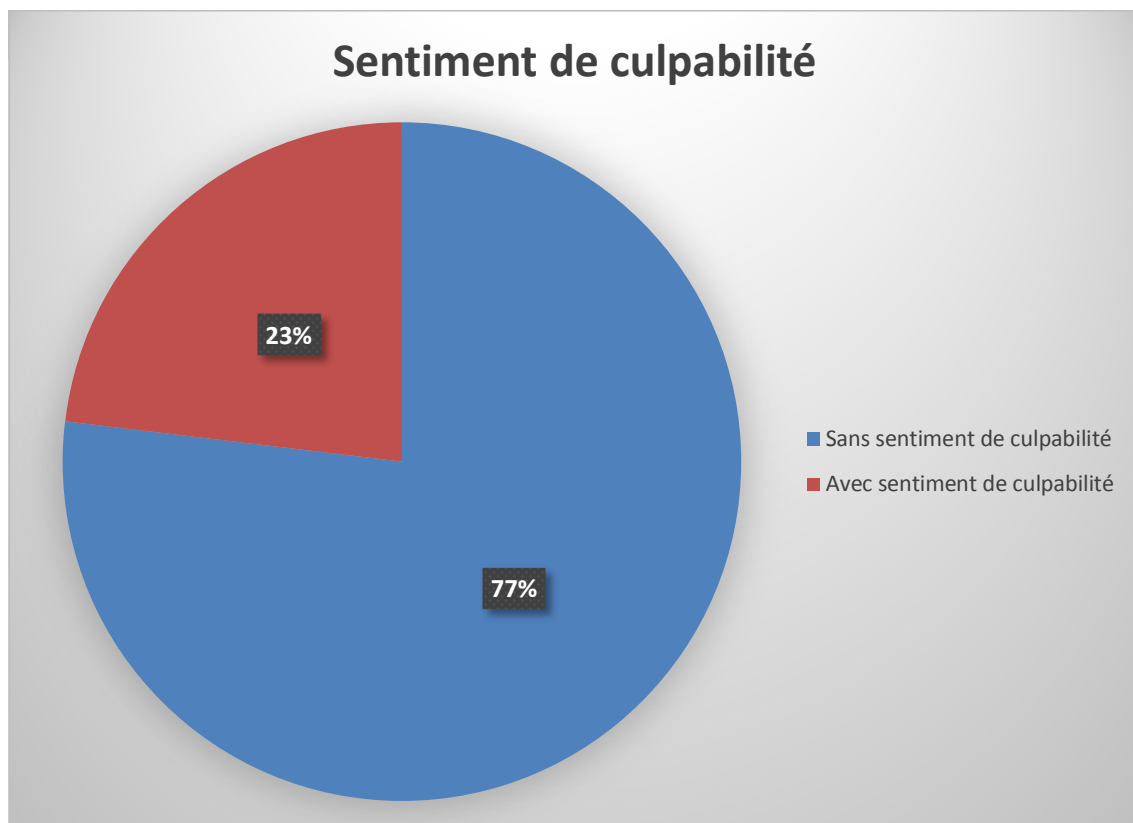


Figure 24 : Sentiment de culpabilité (n=52).

5. Sentiment de débordement et d'épuisement:

- Les mères ayant rapporté un sentiment de débordement et d'épuisement sont au nombre de 34 mères, soit 65%.

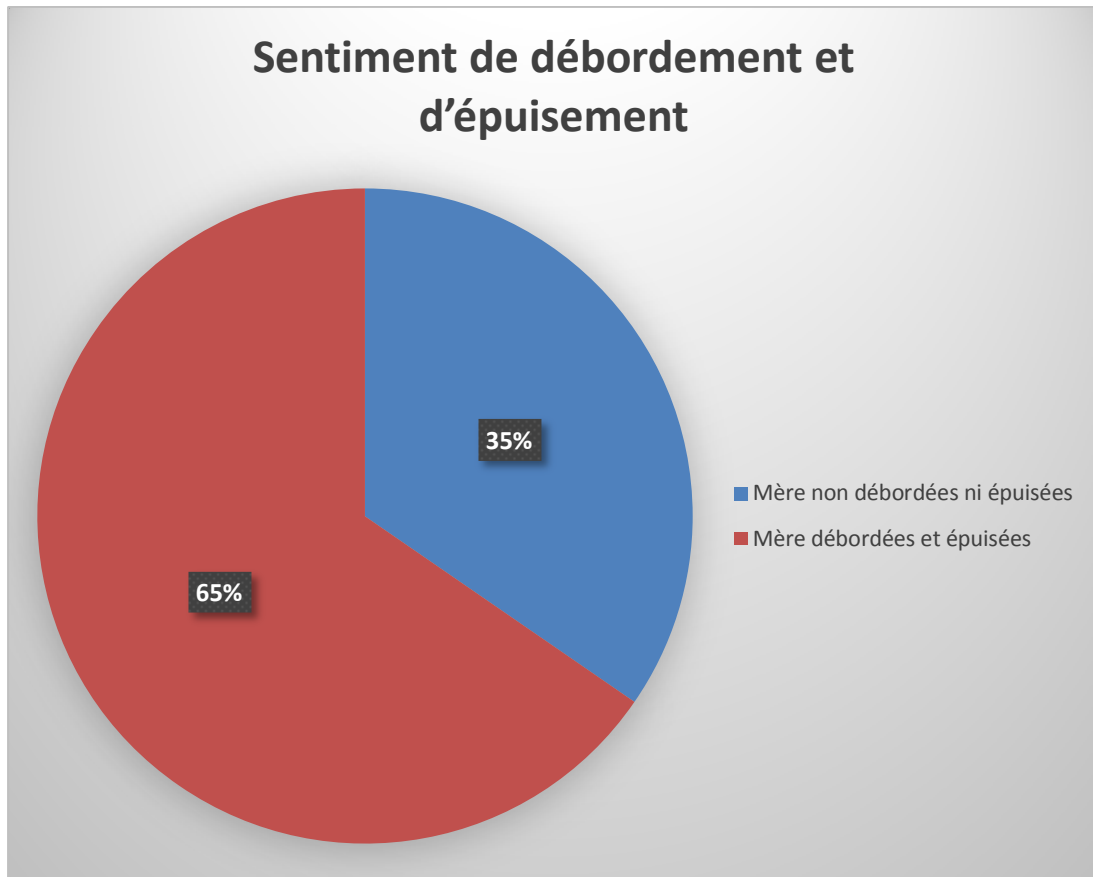


Figure 25 : Sentiment de débordement et d'épuisement (n=52).

6. Diminution du temps d'activité et de productivité :

- 31 mères ont déclaré une réduction du temps d'activité et de productivité à cause des pleurs incessants de leurs bébés, soit 60% des mères .

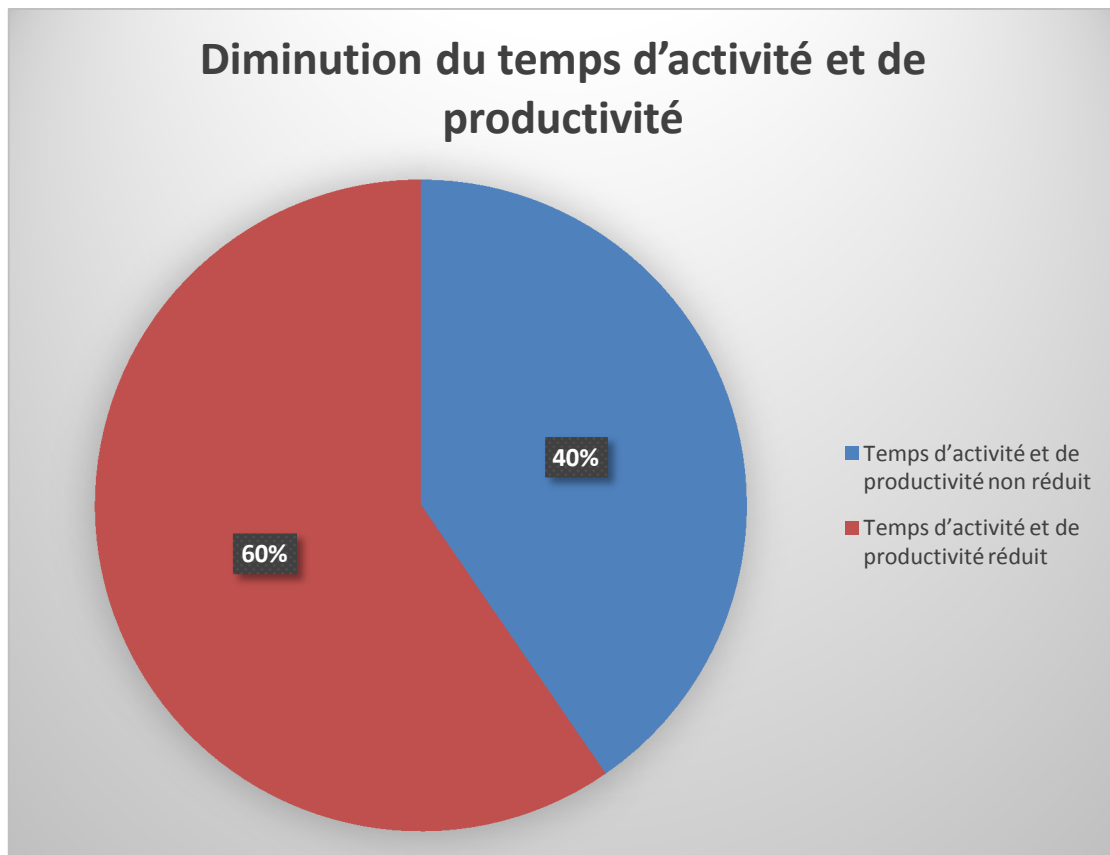


Figure 26 : Diminution du temps d'activité et de productivité (n=52).

7. Notion d'absentéisme au travail :

• 2 mères sur 11 mères actives des nourrissons souffrants des coliques, soit 18% ont rapporté une notion d'absentéisme au travail liée aux pleurs excessifs de leurs bébés survenant surtout la nuit , altérant ainsi leur qualité du sommeil.

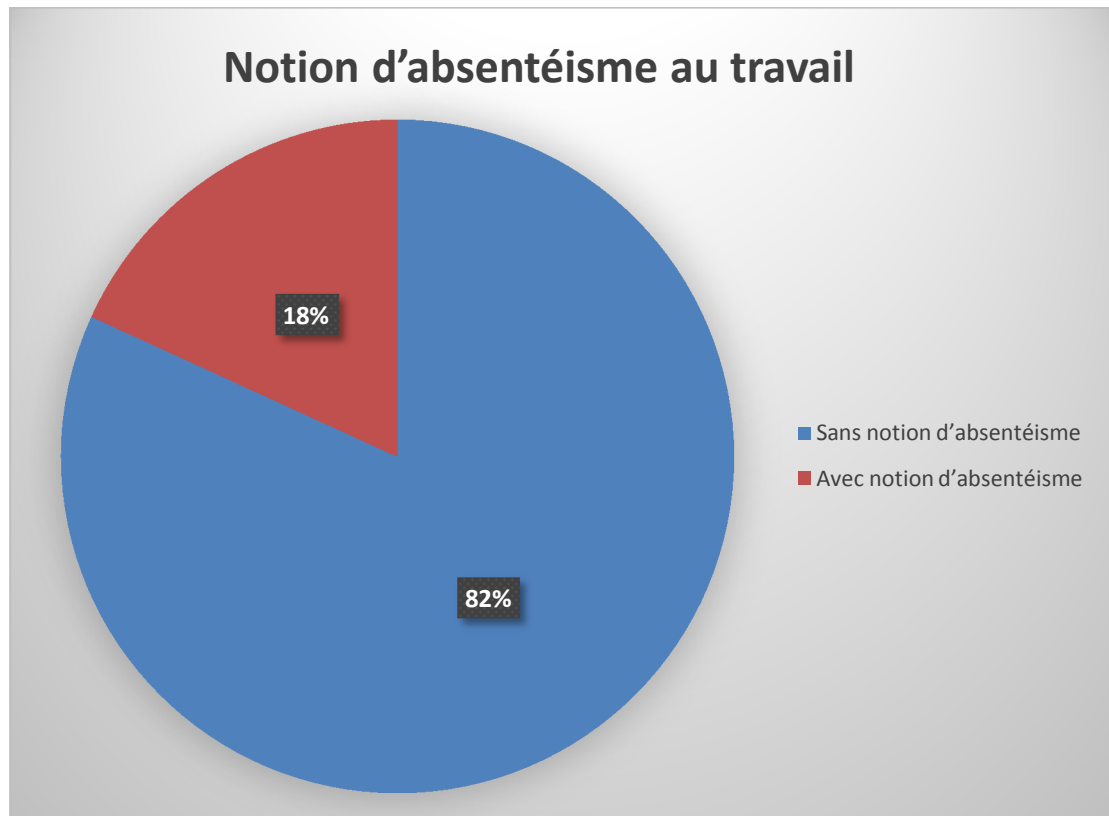


Figure 27 : Notion d'absentéisme au travail (n=11).

8. Sentiment de rejet :

- 4 mères ont rapporté un sentiment de rejet par leurs bébés au moments des pleurs , soit 8%.

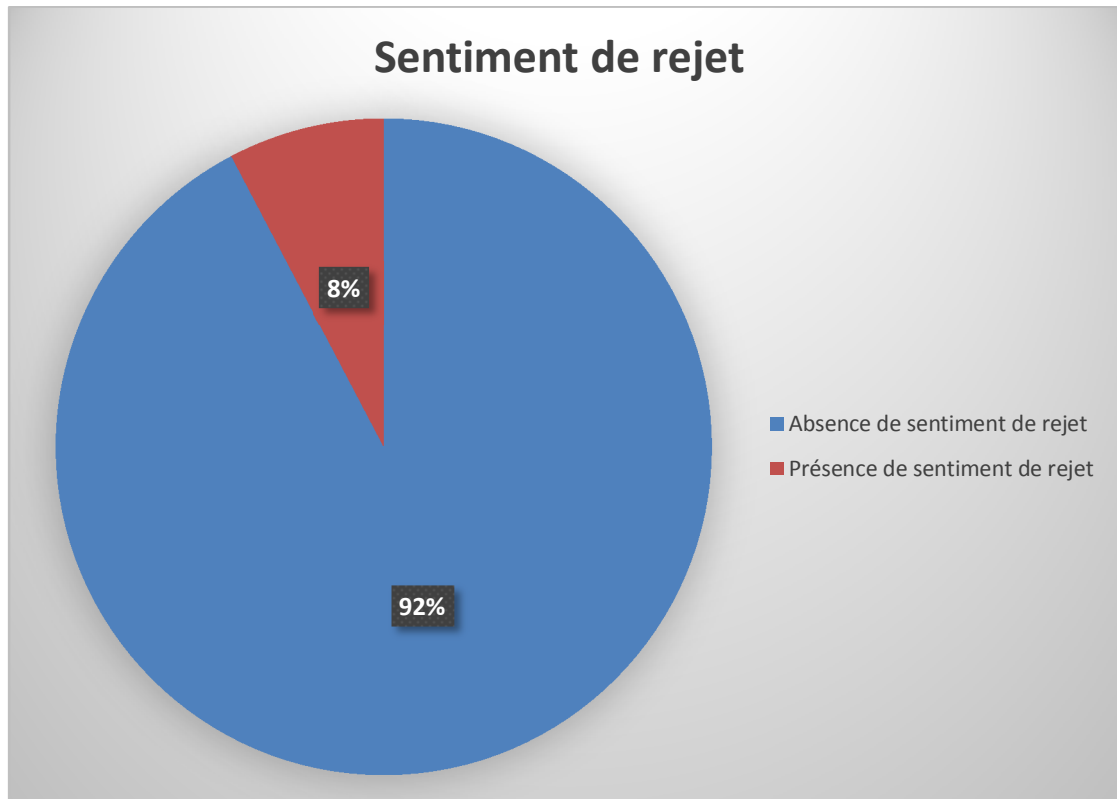


Figure 28 : Sentiment de rejet (n=52).

9. Négligence du nourrisson :

- La notion de négligence a été retrouvée chez 4 mères soit 8%, ces dernières avouent avoir laissé leurs bébés pleurer à plusieurs reprises sans tentative de les calmer.

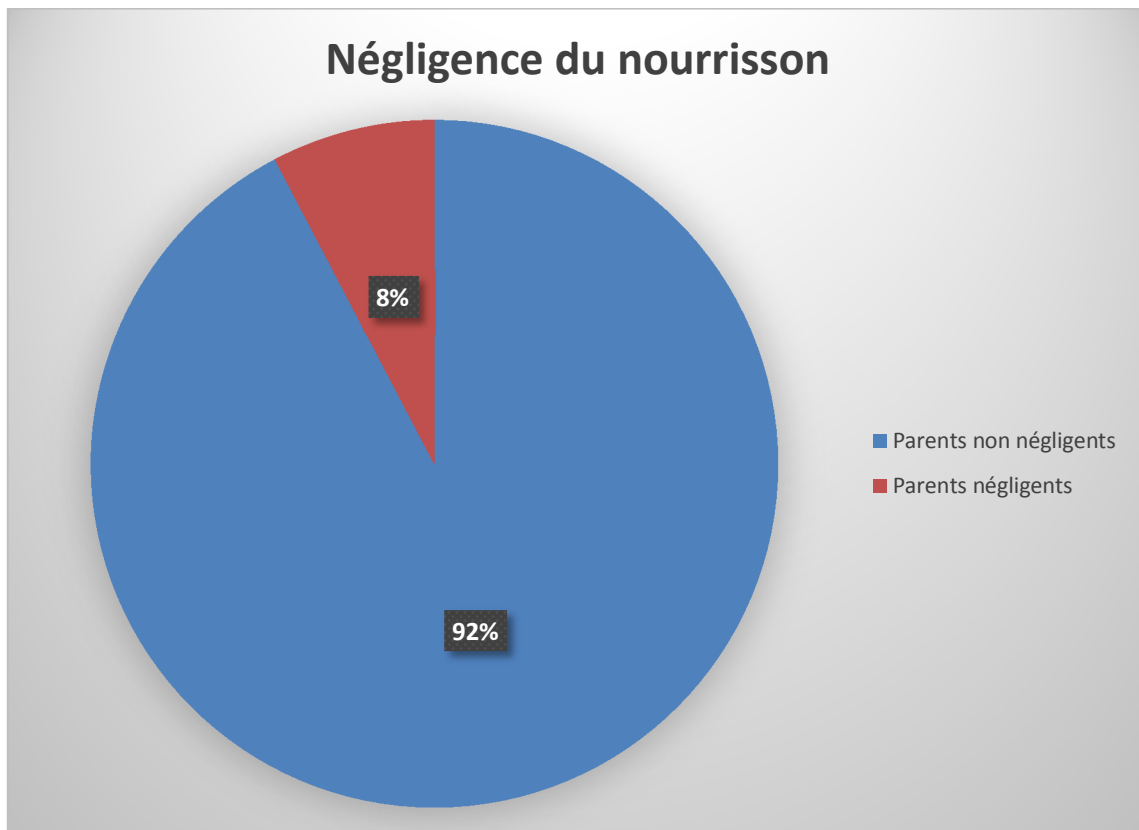


Figure 29 : Négligence du nourrisson (n=52).

10. Pensées agressives/maltraitance du bébé :

Les pleurs des bébés engendrent de l'inquiétude chez beaucoup de parents, ces derniers peuvent éprouver de l'anxiété, de l'impuissance, de la frustration ou même de la colère et de l'hostilité.

- 4 mères ont déclaré avoir des pensées agressives envers leurs bébés à cause des pleurs incessants, soit 8%.
- Aucun cas de maltraitance n'a été soulevé dans notre série.

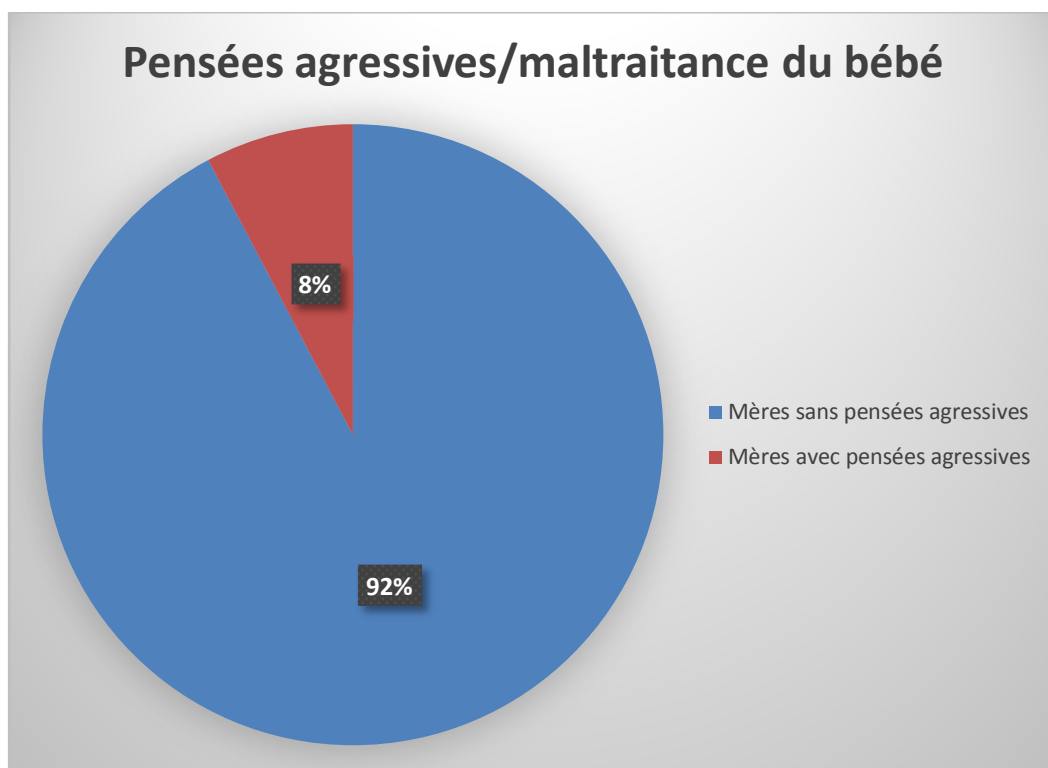


Figure 30 : Pensées agressives/maltraitance du bébé (n=52).

11. Idées de suicide :

- Dans notre étude aucun cas n'avait des idées de suicide, soit 100% des mères des bébés souffrants de coliques.

12. Conflits avec le conjoint :

- 5 mères, soit 10% des mères ont rapporté une notion de conflits avec leurs conjoints à cause des pleurs incessants de leurs bébés, ces derniers peuvent être une source de désaccord sur la manière de procéder pour calmer les pleurs, certaines mères se disent insatisfaites de la répartition des tâches dans leur couple.

13. Impact physique des pleurs :

Une autre conséquence des pleurs sur les parents est rapportée, les parents se sentent fatigués, épuisés à cause du manque du sommeil.

Dans notre étude, les symptômes somatiques soulevés sont des céphalées chez 12 mères soit 23%, une perte d'appétit chez 10 mères soit 19%, une lourdeur des membres, du dos et du cou chez une seule mère soit 2%, une lourdeur abdominale chez 2 mères soit 4% et une perte d'énergie chez 20 mères soit 39% (figure31).

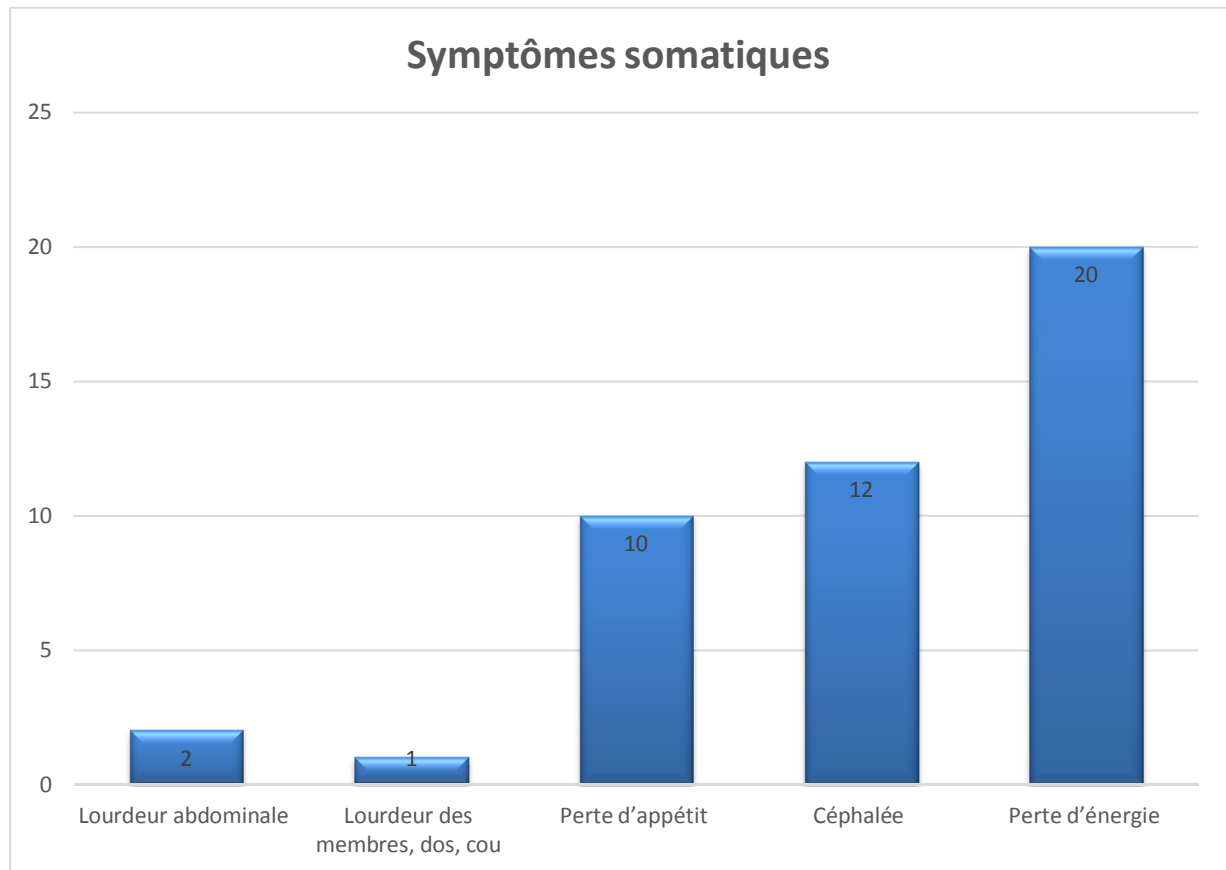


Figure 31 : nombre de mères ayant des symptômes somatiques (n=52).



Discussion

I. Validités et limites de l'étude :

1. Analyse de la taille de l'échantillon et sa représentativité :

Notre étude a porté sur 150 cas de nourrissons âgés de moins de 6 mois, consultant aux urgences de l'Hôpital d'Enfants de Rabat.

Il existe peu de biais de sélection à ce niveau car tous les nourrissons ont été inclus.

Nous avons recensé 52 cas de coliques dans notre échantillon, soit 34,6%, et tenant compte d'un taux de prévalence de 10 à 40% selon la littérature, ceci conforte à posteriori l'exhaustivité de notre échantillon.

2. Biais de mesure :

◆ Le questionnaire :

La particularité de notre questionnaire était de remplir nous même les fiches en interrogeant les mères, avec une formulation des questions qui nous a permis d'avoir des réponses claires et une retranscription complète sans donnée manquante.

◆ Les critères de définition des coliques :

Nous avons travaillé avec la dernière classification de Rome III pour les troubles fonctionnels gastro-intestinaux.

Selon les parents, les coliques étaient définies comme des pleurs de durée variable sans raison évidente.

Les nourrissons qui présentaient des crises d'agitation durant plus de 3h/j pendant plus de 3j/semaine, pendant au moins une semaine sans retentissement sur la croissance ni sur l'appétit étaient les vrais nourrissons avec colique.

II. Prévalence des coliques du nourrisson :

Les coliques du nourrisson sont un véritable problème de santé publique, elles affectent surtout les nourrissons de moins de 3 mois, et constituent une source d'inquiétude parentale et d'altération de la qualité de vie.

L'objectif primaire de notre étude, était d'estimer la prévalence des coliques chez les nourrissons de moins de 6 mois, consultant au service des urgences médicales de l'hôpital d'enfants de Rabat.

Dans notre étude, la prévalence était de 34,6% (soit 52 cas sur 150 cas), ce taux rejoint les données de la littérature qui estiment la prévalence entre 10 et 40%, il répond aux données des études déjà publiées concernant les pays développés ou en voie de développement [62] [63].

Sur une enquête de 2773 cas, STAGNARA a rapporté une prévalence de 23% [60].

Dans une étude Egyptienne prospective menée en 2012, portant sur 540 nourrissons âgés de moins de 4 mois, la prévalence des coliques du nourrisson était de l'ordre de 37% [61].

Ce taux de prévalence varie dans certaines études entre 5-30% [64] [65], et dans d'autres entre 35 et 45% [66]. Cette différence peut être due à la variabilité de définition de ce syndrome, à une différence dans la méthodologie d'étude ou à la taille de l'échantillon.

III. Caractéristiques de la population d'étude :

1. Description des nourrissons :

1.1. Sexe :

Dans notre étude, les nourrissons souffrant de coliques sont répartis en 31 garçons (60%) et 21 filles (40%), cette différence n'est pas statistiquement significative. Conformément à la plupart des études où il n'a pas été démontré de lien significatif entre les coliques et le sexe des nourrissons, les deux sexes semblent donc exposés de manière similaire [67].

Dans une revue systématique, seulement une étude a rapporté une différence significative du sexe, avec une prédominance masculine des nourrissons présentant les coliques. [68]

1.2. Déroulement de la grossesse :

Selon Pieter Zwart [69], une grossesse ou une naissance compliquée pourrait prédisposer des parents à considérer des pleurs « normaux » comme excessifs.

Dans notre étude, il n'a pas été démontré de lien significatif entre le déroulement de la grossesse et le risque d'apparition des coliques, puisque le déroulement était normal sans incident chez 94,26% des nourrissons « avec coliques » et 95,92% des nourrissons « sans coliques ».

1.3. Age gestationnel :

Il n'existe pas de différence significative entre les 2 groupes de nourrissons avec et sans coliques, comparativement à une étude prospective portant sur 512 nourrissons où il n'a pas été démontré de différence statistiquement significative concernant l'âge gestationnel des nourrissons [68].

Par ailleurs, Maunu et al., ont constaté dans une enquête en 2006, que la prématurité augmentait la fréquence des pleurs à 5 mois d'âge corrigé [70].

1.4. Mode d'accouchement :

Dans notre étude, l'accouchement par césarienne est retrouvé chez 26,92% des mères des nourrissons du groupe « coliques », et chez 16,33% des mères des nourrissons du groupe « sans coliques », cette différence n'est pas statistiquement significative, ce qui correspond aux données des études de Hogdall et al. [71] , et Fazil [68].

Certains auteurs pensent que l'allaitement maternel, qui participe à l'établissement d'une relation forte avec le nourrisson, est moins souvent choisi, ou poursuivi moins souvent lors des accouchements dirigés que lors des accouchements physiologiques [72].

1.5. Apgar à la naissance :

Dans notre série la notion de souffrance néonatale a été retrouvée chez un seul nourrisson ne souffrant pas de coliques (1,02%), et 2 nourrissons ayant des coliques (3,85%), ceci ne correspond pas aux résultats de l'étude de Zwart [69] qui montrent que les scores d'Apgar moyens étaient légèrement inférieurs chez les nourrissons pleurant de façon excessive que chez les nourrissons « sans coliques ».

1.6. Mode d'allaitement :

Nos résultats montrent que 42,31% des nourrissons souffrant des coliques sont sous allaitement maternel exclusif, versus 46,94% des nourrissons sans coliques.

L'allaitement maternel exclusif ne constitue pas selon notre étude, un facteur de protection contre le développement des coliques du nourrisson.

3 études ont montré qu'il n'y a aucune différence entre les nourrissons sous allaitement maternel exclusif et les nourrissons sous allaitement non exclusif et le risque d'apparition des coliques [73] [74].

1.7. Rang dans la fratrie :

Dans notre étude, il n'a pas été démontré d'association significative entre le fait d'être premier-né et le risque d'apparition des coliques.

Stifter [75], et crowcroft [76], ont décrit les premiers-nés comme plus susceptibles d'être « colitiques », il s'agit d'un premier enfant dans la majorité des cas, comme il a été rapporté également par Stagnara [60] ainsi que par Vander [77]. Ceci a été contredit par Lucassen [78] et Paradise [79].

St. James-Roberts [80], constate tout simplement que les parents ayant un premier enfant recherchent les conseils des professionnels plus fréquemment qu'avec leurs enfants suivants.

Certains pensent que après un premier enfant les mères ne consulteraient pas pour les pleurs excessifs, celles-ci n'ayant pas besoin d'aide extérieur pour gérer ce problème car elles ont déjà été rassurées sur ce phénomène bénin et passager.

1.8. Age de la mère :

Dans notre étude, la moyenne d'âge des mères des nourrissons ayant les coliques est de 28,11 ans avec un âge minimal de 20 ans et un âge maximal de 40 ans.

L'étude de Stagnara [60] au Brésil a montré que les mères entre 20 ans et 29 ans étaient plus à risque d'avoir des bébés colitiques.

En revanche, Lucassen [78] ne retient pas l'âge de la mère comme facteur de risque.

1.9. Notion de tabagisme maternel :

Plusieurs études ont été réalisées sur le lien entre le tabagisme et les coliques du nourrisson, la plupart n'ont pas démontré de relation significative.

Des études récentes montrent comment le tabagisme peut être lié à un risque d'apparition des coliques, elles suggèrent que l'exposition à la fumée du tabac entraîne une élévation du taux de la motiline plasmatique, qui à son tour est à l'origine d'une dysrégulation « hypermotricité » de la région gastro-intestinale favorisant ainsi l'apparition des coliques [81].

Dans notre étude, un seul cas de tabagisme maternel a été noté.

1.10. Notion d'atopie familiale :

Dans notre série, la notion d'atopie familiale est présente chez 15,38% des nourrissons souffrant de coliques, et 8,16% des nourrissons n'ayant pas les coliques, cette différence reste statistiquement non significative.

Stagnara a retrouvé dans une enquête chez 2773 nourrissons une relation entre les antécédents d'atopie du père et de la mère et les coliques du nourrisson. [60]

Zwart a également retrouvé des antécédents familiaux d'atopie plus fréquents chez les nourrissons souffrant des coliques (45%) que chez les nourrissons « test » (38%) [69].

Les allergies peuvent être responsables d'une plus grande production de la sérotonine, elles pourraient donc engendrer plus de contractions du muscle lisse intestinal.

Par ailleurs, il est intéressant de noter qu'il n'a pas été objectivé de risque pour les bébés « avec coliques » de développer des maladies allergiques dans le futur.

1.11. Notion d'anxiété maternelle :

Dans notre enquête, la notion d'anxiété maternelle a été retrouvée chez 13,46% des mères des nourrissons du groupe « coliques », versus 8,16% des mères des nourrissons du groupe « sans coliques », mais cette différence est statistiquement non significative.

Le rôle de la tension émotionnelle parentale pendant et après la grossesse a également été étudié par Paradise. Cet auteur montre que les mères qui, au cours de leur grossesse, ont subi un stress émotionnel et/ou une phase dépressive sont plus sujettes à avoir un nourrisson présentant des coliques [79].

2. Description du trouble :

L'âge médian d'apparition du trouble est de 15 jours avec des quartiles qui vont de 7 jours à 30 jours.

77% des nourrissons pleurent pour une durée supérieure ou égale à 3 heures par jour, 23% pleurent pour une durée de 3 jours par semaines et 75% pleurent plus de 3 jours par semaine, ce qui rentre dans le cadre de la définition des «coliques» de Wessel.

44% des nourrissons pleurent surtout le soir, 52% pleurent matin et soir et seulement 4% des cas de coliques ont des crises surtout le matin. Ces horaires sont en accord avec la littérature et notamment Brazelton qui décrit la prédominance vespérale de ce comportement.

Aucun facteur déclenchant des crises n'a été retrouvé dans notre enquête.

Les signes digestifs associés aux coliques dans notre enquête sont : le ballonnement abdominal, l'émission fréquente de gaz, la constipation, la diarrhée, les régurgitations.

L'hypothèse digestive des coliques souvent évoquée dans la littérature, reste la principale raison de ce trouble dans notre enquête.

IV. Impact des coliques sur la qualité de vie des parents :

Les pleurs intenses et l'impossibilité de consoler un nourrisson dont les pleurs ou l'agitation sont excessifs produisent une série de réactions et de préoccupations parentales. Ainsi, les coliques du nourrisson peuvent avoir des répercussions négatives sur les dynamiques relationnelles entre les parents et l'enfant, ce qui pourrait impacter le développement psychosocial de l'enfant, c'est pour cela que l'étude de l'impact des coliques du nourrisson sur la qualité de vie des parents était également un objectif primordial de notre étude, cette dernière a pu mettre en exergue l'importance des répercussions psychologiques et l'impact que peut avoir ce trouble sur la qualité de vie des parents.

Les coliques du nourrisson peuvent être responsables de perturbations sur le plan émotionnel, relationnel et somatique :

1. Sur le plan émotionnel :

Les pleurs incessants des bébés souffrant de coliques peuvent induire des émotions négatives tels que le stress, ce dernier a été retrouvé chez 69% des mères de nourrissons ayant les coliques dans notre étude.

Deux études ont permis de démontrer que les mères ayant un bébé pleurant de manière incessante ont un niveau de stress plus élevé que chez les autres mères (Miller-Loncar et al.) [82] (Stifter et al.) [83].

Dans une étude de Landgren et Hallström [84], plusieurs pères ont déclaré être stressés car lorsqu'ils rentrent du travail, ils doivent prendre le relai auprès du bébé pour laisser leur femme se reposer. Ils doivent alors être performant au travail et à la maison ; le jour et la nuit.

Ces parents sont constamment inquiets car il est difficile pour eux d'imaginer que leur bébé puisse pleurer autant sans qu'il n'y ait de cause médicale sérieuse [84] (Landgren & Hallström). Les mères sont également très inquiètes de ne pas réussir à satisfaire les besoins de leur bébé et sont inquiètes quant au confort de leur nourrisson (Erickson Megel et al.) [85].

Les parents face aux pleurs incessants, peuvent se sentir frustrés, impuissants, coupables, voire déçus, ainsi dans notre étude le sentiment d'incompétence et de culpabilité a été retrouvé chez 23% des mères.

Dans leur étude, Stifter & Bono [86] ont comparé deux groupes de parents. Les mères ayant un bébé souffrant de coliques se sentent moins compétentes dans leur rôle de parent que les autres mères d'après Papousek et Von Hofacker [87], elles se sentent également moins efficaces que les autres mères. Celles-ci se sentent particulièrement incompétentes lorsqu'elles sont en présence de leur

entourage et qu'elles sont incapables de faire cesser les pleurs de leur enfant (Levitzky & Cooper) [88].

Ces parents ressentent aussi beaucoup de culpabilité ([89]; [90]; [85]; [84]). Les parents se sentent coupables de ne pas se sentir heureux et reconnaissants d'avoir un bébé (Landgren & Hallström, [84]). Les mères se sentent coupables de ne pas comprendre les pleurs de leur bébé et de ne pas trouver de solutions (Erickson Megel [85]; Long & Johnson [91]). Elles se sentent coupables de ne pas désirer passer du temps avec leur nourrisson (Erickson Megel) [85].

Le risque de maltraitance a été évoqué dans plusieurs études, dans notre série l'item « négligence du nourrisson et pensées agressives » a été retrouvé chez 8% des mères (laisser le nourrisson pleurer sans tenter de le calmer, le secouer).

2. Sur le plan relationnel :

Dans notre étude, 10% des mères de nourrissons ayant les coliques souffrent de conflits avec leurs conjoints.

Papousek et Von Hofacker [87] ont comparé dans leur étude deux groupes de parents. Ils ont constaté que les parents ayant un bébé souffrant de coliques vivent plus de conflits au sein de leur couple que les autres parents. D'après Levitzky et Cooper [88], de nombreux parents se disputent car ils ne sont pas d'accord sur la manière de procéder pour diminuer les pleurs. De plus, toujours selon la même étude, les mères ressentent de la colère envers leur mari qui peut s'échapper au travail. Une autre étude montre que les femmes reprochent beaucoup à leur époux de ne pas être suffisamment présents à la maison et se

sentent ainsi entièrement responsables de leur bébé [89]. En effet, dans la recherche d'Ellett et al. [90], les mères se disent insatisfaites de la répartition des responsabilités dans leur couple et reprochent souvent à leur mari le manque de soutien. Ceci étant perçu comme une des sources principales de conflits [90]. Selon Rähkä [92], ces parents se sentent moins proches l'un de l'autre que dans les autres couples et d'après Stifter [83], ils sont moins satisfaits de leur couple. Ils n'ont plus le temps de faire des activités ensemble, comme par exemple, prendre le temps de s'asseoir et manger tranquillement (Landgren & Hallström) [84].

Le couple n'est pas le seul à souffrir de la situation, les frères et sœurs en souffrent également (Long & Johnson) [91]. Toujours selon les mêmes auteurs, les parents ont moins le temps de s'occuper de la fratrie. Rähkä et al. [92] ont pu constater que la communication était moins efficace chez les familles ayant un bébé souffrant de coliques que dans les autres familles. Toujours d'après cette étude, les parents sont moins attentifs aux besoins des autres membres de la famille.

Toujours sur le plan relationnel, les coliques du nourrisson peuvent être source d'altération des relations sociales à travers l'isolement qui peut être ressenti par les parents dont les causes sont nombreuses, certains parents s'isolent car ils ne veulent pas imposer leur bébé et ses pleurs incessants à leur entourage [84]. Parfois, les mères s'isolent car elles ont peur d'être jugées, critiquées par la société ainsi que par leur entourage [85]. De ce fait, les mères ne veulent pas sortir de chez elles car lorsque le bébé se met à pleurer, les gens leur donnent des conseils qu'elles perçoivent comme un jugement négatif [85].

De plus, toujours d'après la même étude, la relation parent-enfant peut être perturbée à cause des coliques. Dans d'autres études certains parents ont expliqué que la relation avec le bébé était plus tendue avec la présence des pleurs, ils faisaient moins de câlins, passaient moins de moments agréables avec le bébé, certains d'entre eux ont déclaré ne ressentir aucune joie à prendre leur bébé dans les bras [90]. Malgré cela, il n'y a pas de différence significative au niveau de l'attachement entre les mères des nourrissons avec coliques et les autres (Stifter & Bono) [86].

3. Sur le plan somatique :

Les coliques du nourrisson peuvent avoir un impact physique par la fatigue, le manque du sommeil qu'elles peuvent induire, ainsi dans notre étude, elles étaient responsables d'une altération de la qualité du sommeil dans 82%, un sentiment de débordement et d'épuisement chez 65% des mères, des symptômes somatiques à type de céphalée dans 23% des cas, lourdeur abdominale dans 4% des cas, lourdeur des membres, cou et dos dans 2% des cas.

La plupart des parents sont fatigués, voire épuisés à cause des pleurs et du manque de sommeil ([93], [89], [90], [91]). Dans une étude de Long et Johnson [91], un père a expliqué que souvent il avait de la peine à se concentrer pendant qu'il conduisait et qu'il avait, à de nombreuses reprises, failli s'endormir au volant. Certaines mères ont expliqué ne plus avoir le temps de prendre soin d'elles. Elles n'ont plus le temps de manger, d'aller aux toilettes ou de prendre une douche [84]. Dans une autre étude, certaines femmes ont décrit précisément comment elles se sentent physiquement. Les symptômes sont communs à toutes: essoufflement, maux de tête, muscles tendus à force de bercer leur bébé, nausées et épuisement. Les moments où elles se sentent mieux sont peu fréquents [88].

Dans notre étude, les pleurs incessants liés aux coliques du nourrisson sont également une source de diminution du temps d'activité et de productivité chez 60% des mères, une notion d'absentéisme au travail chez 18% des mères (2 mères sur 11 mères actives) ceci a été expliqué par le fait que les crises de pleurs surviennent surtout la nuit, perturbant ainsi le sommeil des parents.

Une perte d'appétit pour 19% des mères. Aucun cas d'idée suicidaire n'a été soulevé.

V. Prise en charge des coliques du nourrisson:

L'étiologie des coliques du nourrisson n'a toujours pas été élucidée, ceci conduit à une mauvaise clarté dans la définition de ce trouble et donc dans les traitements à mettre en œuvre.

Dans notre étude, une partie à été consacrée à l'étude des moyens utilisés par les mères pour soulager leurs bébés.

La moitié 50% des cas de coliques ont été traités par l'association de médicaments et de tisanes, 26% ont reçu uniquement des tisanes, 15% des cas ont reçu uniquement des médicaments, 1 seul cas de changement du lait artificiel par une autre formule dès l'apparition des crises. 3 nourrissons n'ont reçu aucun traitement avant la consultation.

Concernant l'évolution constatée par les mères (durée des pleurs), 37% des cas ne se sont pas améliorés après les thérapeutiques reçues. Parmi les 63% des cas qui se sont améliorés : 33% ont reçu des tisanes, 18% des médicaments, 49% l'association des deux.

Dans la littérature, plusieurs moyens thérapeutiques sont utilisés, médicamenteux et non médicamenteux. Il est tout d'abord important d'informer les parents sur les coliques, de leur expliquer le caractère bénin et transitoire. Il est important de les déculpabiliser et de les rassurer dans leurs compétences de parents.

Certains petits moyens sont conseillés : le portage et le bercement, le massage abdominal. Ces traitements n'ont pas démontré leur efficacité. Par contre, la réduction des stimuli visuels et auditifs est efficace comme l'a démontré McKenzie [94].

La modification du régime alimentaire fait partie des conseils qui peuvent être donnés. Une modification de la préparation pour lait infantile peut être proposée en utilisant plutôt une préparation hypoallergénique à type d'hydrolysat de caséine ou d'hydrolysat du lactosérum, ou une préparation avec activité lactasique contenant des ferments lactiques. Les préparations au lait de soja sont aussi citées. Malgré la faible proportion d'APLV par rapport aux coliques du nourrisson, les préparations à base d'hydrolysats de caséine sont parfois efficaces [95].

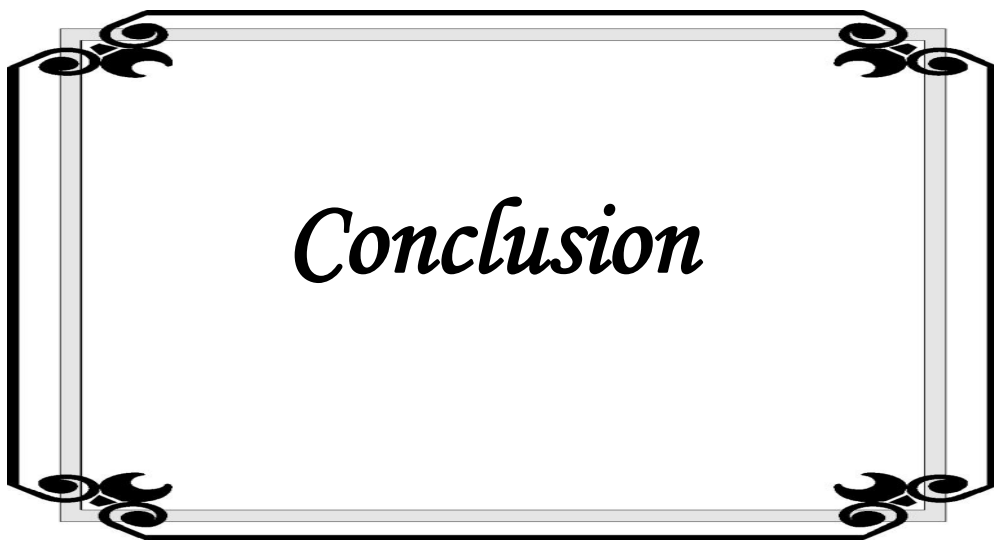
Les thérapies manuelles par ostéopathie, chiropraxie, manipulation vertébrale font partie des thérapeutiques utilisées par les familles. Elles n'ont pas pu faire preuve de leur efficacité devant la difficulté de reproduire les mêmes techniques d'un opérateur à un autre.

Des thérapeutiques allopathiques sont parfois prescrites, en premier lieu la trimébutine. Or, selon Bruyas-Bertholon et al [96] ayant réalisé une revue de la littérature sur les coliques du nourrisson en 2012, la trimébutine n'a jamais été étudiée dans l'indication des coliques du nourrisson. Un médicament a prouvé

son efficacité au prix d'effets indésirables graves (symptômes respiratoires, crises d'épilepsie, coma, syncope, asphyxie) : la dicyclomine, un antispasmodique anticholinergique, contre-indiqué chez les nourrissons de moins de 6 mois.

Des thérapeutiques non allopathiques sont souvent utilisés : la verveine, la camomille, la réglisse, la mélisse, le fenouil, notamment sous forme de tisane [96].

Enfin les probiotiques à base de *Lactobacillus reuteri*, font également partie des propositions thérapeutiques. D'ailleurs des essais de qualités ont prouvé l'efficacité de ce probiotique chez les nourrissons allaités [97] [98].

A decorative rectangular frame with ornate, symmetrical scrollwork at each corner. The frame is composed of two parallel lines, one black and one grey. The word "Conclusion" is centered within the frame in a black, italicized serif font.

Conclusion

Les coliques du nourrisson constituent un véritable problème de santé publique selon l’OMS, vue leur fréquence et leur retentissement sur la qualité de vie des parents.

Cette étude a donc permis de mettre en évidence une prévalence élevée de ce trouble, ainsi que la détresse psychologique parentale qu’il peut engendrer, dominée par le stress, l’altération de la qualité du sommeil, l’épuisement et le sentiment de culpabilité, d’où l’importance de l’évaluation de l’anxiété et la fatigue parentale.

Plusieurs modalités thérapeutiques dans la prise en charge des coliques sont proposées : comportementale, médicamenteuse, phytothérapique,... mais l’efficacité n’est pas démontrée.

Le recours aux probiotiques dans l’objectif de favoriser un microbiote intestinal « sain », reste une option discutée, des recherches supplémentaires sont ainsi nécessaires.

Bien que les coliques du nourrisson constituent un trouble de caractère bénin, leur retentissement sur la qualité de vie des parents est parfois inquiétant, d’où la nécessité d’une prise en charge globale.



Résumé

Titre : prévalence des coliques chez le nourrisson et leur impact sur la qualité de vie des parents.

Auteur : Mina AGROU

Mots clés : coliques du nourrisson, prévalence, qualité de vie, parents.

L'objectif de notre étude est de :

- ✓ Déterminer la prévalence des coliques chez les nourrissons de moins de 6 mois consultant aux urgences de l'Hôpital d'Enfants de Rabat.
- ✓ Décrire leurs caractéristiques épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques.
- ✓ Décrire leur impact sur la qualité de vie des parents.

Il s'agit d'une étude de prévalence portant sur 150 cas de nourrissons âgés de moins de 6 mois, consultant aux urgences médicales de l'HER, durant la période allant de mars 2015 au février 2016.

Il ressort de cette étude que :

-La prévalence de ce trouble est de 34,6%.

-60% des cas sont de sexe masculin, 40% sont de sexe féminin.

La comparaison entre les deux groupes de nourrissons « avec coliques » et « sans coliques », n'a pas montré de différence statistiquement significative concernant les paramètres suivants : sexe, déroulement de la grossesse, l'âge gestationnel, mode d'accouchement, mode d'allaitement, rang dans la fratrie, l'âge de la mère, notion d'atopie familiale.

Concernant l'impact des coliques sur la qualité de vie des parents, le sommeil a été altérée chez 81% des mères, 69% des mères sont stressées, le sentiment de débordement et d'épuisement a été retrouvé chez 65% des mères, la réduction du temps d'activité et de productivité dans 60% des cas, des conflits avec le conjoint dans 10% des cas.

Cette étude a donc permis de mettre en évidence une prévalence élevée des coliques chez les nourrissons de moins de 6 mois, ainsi que leurs répercussions psychologiques importantes sur la qualité de vie des parents, d'où l'importance d'une stratégie thérapeutique adéquate incluant la prise en charge des parents.

Abstract

Title: prevalence of colic in infants and their impact on the quality of life of the parents.

Author: Mina AGROU

Keywords: colic, prevalence, quality of life, parents.

The aim of our study is to:

- ✓ Determine the prevalence of colic in infants aged less than 6 months in the emergencies of the HER.
- ✓ Describe their epidemiological, clinical and therapeutic characteristics.
- ✓ Describe their impact on the quality of life of the parents.

It's about a prevalence study on 150 cases of infants aged less than 6 months, admitted in the medical emergencies of Children's Hospital of Rabat, during the period from March 2015 to February 2016.

It appears from this study that:

-The prevalence of this disorder is 34,6%.

-60% of cases are male, 40% are female.

The comparison between the two groups of infants "with colic" and "without colic", showed no statistically significant differences in the following parameters: gender, evolution of pregnancy, gestational age, mode of delivery, mode of feeding, position in the siblings, mother's age, family concept of atopy.

Regarding the impact of colic on the quality of life of parents, sleep was altered in 81% of mothers, 69% of mothers are stressed, feeling exhausted and overflow was found in 65% of mothers, reduction of the time of activity and productivity in 60% of cases, conflict with spouse in 10% of cases.

This study allowed to identify high prevalence of colic in infants aged less than 6 months, and their important psychological impact on the quality of life of the parents, which requires an adequate therapeutic strategy including support of parents.

الملخص

العنوان: انتشار المغص عند الرضع وتأثيره على حياة الآباء.

المؤلف: مينة اكرو

المصطلحات الأساسية: المغص عند الرضع، انتشار، جودة الحياة، الآباء.

الهدف من دراستنا هو تحديد معدل انتشار المغص عند الرضع الذين لا يتجاوز عمرهم 6 أشهر بالمستشفيات الطبية بمستشفى الاطفال بالرياض.

وصف خصائصه الإبيدميولوجية، السريرية والعلاجية.

وصف تأثيره على حياة الآباء.

الدراسة عبارة عن دراسة معدل انتشار المغص عند الرضع الذين لا يتجاوز عمرهم 6 أشهر و تتمحور حول 150 حالة بالمستشفيات الطبية بمستشفى الاطفال بالرياض، و قمنا بهذه الدراسة خلال الفترة الممتدة من مارس 2015 إلى فبراير 2016

ويتبين من هذه الدراسة ما يلي:

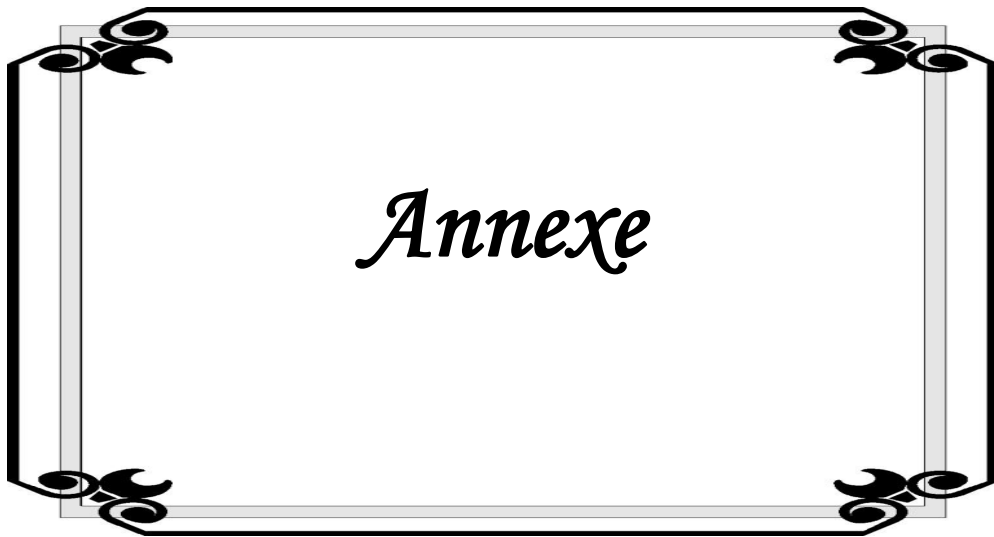
- معدل انتشار هذا الاضطراب هو %34.6.

- %60 من الحالات هي من الذكور و %40 هي من الإناث.

وأظهرت المقارنة بين المجموعتين من الرضع "دون مغص" و"بالمغص" عدم تواجد فوارق ذات دلالة إحصائية في الخصائص التالية: الجنس، مرور الحمل، عمر الحمل، طريقة الولادة، نوع الرضاعة، رتبة الشقيق، عمر الأم، حساسية عائلية.

وحول تأثير المغص على حياة الآباء، و من خلال هذه الدراسة تبين ان هناك قلة النوم لدى %81 من الأمهات، الشعور بالإجهاد لدى %69 من الأمهات، الشعور بالإرهاق لدى %65 من الأمهات، انخفاض وقت النشاط والإنتاجية لدى %60 من الحالات، خلافات مع الزوج لدى %10 من الحالات.

سمحت هذه الدراسة بالكشف عن مدى ارتفاع معدل انتشار المغص عند الرضع الذين لا يتجاوز عمرهم 6 أشهر، وتأثيره النفسي المهم على حياة الوالدين، ومن هنا تأتي أهمية استراتيجية علاجية كافية بما في ذلك دعم أولياء الأمور.



Fiche d'exploitation

Identité :

Nom :	
Prénom :	
Age :	
Sexe :	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Origine :	
Milieu :	R <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/>
Niveau socioéconomique :	Bas <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Elevé <input type="checkbox"/>
Couverture Sociale :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Adresse :	
Téléphone :	

Motif de consultation :

Cris incessant	<input type="checkbox"/>
Régurgitations	<input type="checkbox"/>
Vomissements	<input type="checkbox"/>
Constipation	<input type="checkbox"/>
Diarrhée	<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>

Lequel :

Antécédents :

Déroulement de la grossesse :	
Age Gestationnel :	
Mode d'accouchement :	
APGAR à la naissance :	
Poids de naissance :	
Antécédent de Souffrance	

Personnels

Normal	<input type="checkbox"/>	Incident	<input type="checkbox"/>	Lequel :	
Prématuré	<input type="checkbox"/>	A terme	<input type="checkbox"/>	Post mature	<input type="checkbox"/>
Voie basse	<input type="checkbox"/>	Césarienne	<input type="checkbox"/>		
Eutrophe	<input type="checkbox"/>	Hypotrophe	<input type="checkbox"/>	Hypertrophe	<input type="checkbox"/>
Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>		

Prévalence des coliques chez le nourrisson et leur impact sur la qualité de vie des parents

néonatale :

Mode d'allaitement : Maternel exclusif Artificiel Mixte

Age de diversification :

Vaccination selon le PNI : Faite Non faite

Pathologie préexistante : Non OUI Lequel :

Familiaux

Consanguinité : Oui Non

Nombre de frères et sœurs :

position dans la fratrie :

Niveau d'instruction de la mère : Analphabète Primaire Secondaire

Supérieur Autre

Profession de la mère :

Sans profession Active Préciser :

Niveau d'instruction du père :

Analphabète Primaire Secondaire

Supérieur Autre

Profession du père :

Sans profession Actif Préciser :

Notion d'anxiété maternelle : Oui Non

Histoire du trouble

(partie réservée aux nourrissons avec coliques)

Age d'apparition du trouble :

Fréquence des cris par jour : /Jour

Combien de jours par semaine : J/Semaine

Horaire de survenue : Matin Soir

Facteurs déclenchant : Non OUI Lequel :

Caractère consolable des cris : Non OUI

Signes associés : Non OUI Lesquels :

- Ballonnement abdominal

- Emission de gaz

- Sang dans les selles

- Autres :

Thérapeutiques reçus :

- Changement alimentaire :
- Changement du lait
- Arrêt d'allaitement maternel
- Suppression d'un aliment
- Introduction de certains aliments

Prévalence des coliques chez le nourrisson et leur impact sur la qualité de vie des parents

- Traitement par des tisanes : Non OUI Lesquels :
- Traitement médicamenteux : Non OUI quel médicament :

Evolution :

Examen clinique:

(Partie réservée aux nourrissons avec coliques)

Examen général

Poids :

Taille :

IMC :

Conjonctives :

FC :

FR :

T° :

Dysmorphie faciale :

Non

OUI

Appétit :

Conservée

faible

Examen Abdominal

Inspection :

- Respiration abdominale : Normale Anormale
- Présence d'une voussure : Non OUI
(masse / fécalome)
- Ondulations péristaltiques : Non OUI
- Hernie ombilicale visible : Non OUI

Palpation :

- Abdomen souple : Non OUI
- Masse abdominale : Non OUI

Si oui préciser les caractéristiques :

- Sensibilité abdominale : Non OUI

Si oui préciser le siège :

- Orifices herniaires :
- Examen du périnée : fissures anales Non OUI

Percussion :

Normale

Abdomen ballonné (tympanisme)

Matité déclive

Osculation : bruits hydro-aériques

Normaux

Exagérés

Silence

Examen pleuro pulmonaire

Inspection :

- Thorax symétrique : Non OUI
- Respire normalement : Non OUI
- Déformations : Non OUI

Osculation :

- Murmures vésiculaires : Bien perçus
Anomalie

Laquelle :

Examen cardiovasculaire

B1 B2 bien perçus

Souffle

Bruit surajouté

Pouls périphériques

Examen neurologique

Conscience :

Tonus :

Reflexes archaïques :

Le reste de l'examen

Ostéo articulaire :

- Points sensibles au niveau des extrémités: Non OUI

Cutanéo-muqueux :

Rash :

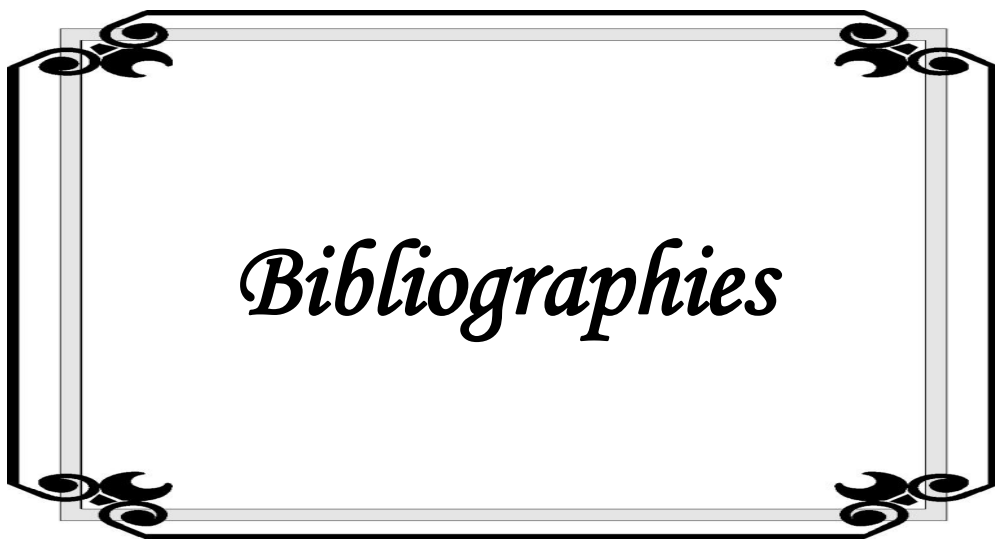
Autres :

Oculaire :

- Lésion cornéenne : Non OUI

Impact des coliques sur la qualité de vie des parents : (partie réservée aux nourrissons avec coliques)

- | | | | | |
|---|---------|--------------------------|-------------|--------------------------|
| - Qualité du sommeil : | Altérée | <input type="checkbox"/> | Non altérée | <input type="checkbox"/> |
| - Stress : | Non | <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> |
| - Sentiment d'incompétence : | Non | <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> |
| - Sentiment de culpabilité: | Non | <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> |
| - Sentiment de débordement et d'épuisement : | Non | <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> |
| - Diminution du temps d'activité et de productivité : | Non | <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> |
| - Notion d'absentéisme au travail : | Non | <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> |
| - Sentiment de rejet : | Non | <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> |
| - Négligence du nourrisson : | Non | <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> |
| - Pensées agressives/maltraitance du bébé : | Non | <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> |
| - Idées de suicide : | Non | <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> |
| - Conflits avec le conjoint : | Non | <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> |
| - Symptômes somatiques : | | | | |
| o Lourdeur abdominale : | Non | <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> |
| o Lourdeur des membres, dos, cou : | Non | <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> |
| o Perte d'appétit : | Non | <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> |
| o Céphalée : | Non | <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> |
| o Perte d'énergie : | Non | <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> |



Bibliographies

- [1]. Bellaïche M. Pleurs excessifs ou colique une douleur ou un inconfort pour les nourrissons et leurs parents ?. MT / Pédiatrie. Volume 12, Numéro 5, 332-8, septembre-octobre 2009.
- [2]. Chouraqui J.P. Les coliques du nourrisson. JTA. 1994.
- [3]. BELLAICHE M., Freydt C. Les coliques du Nourrisson. Le GénéralisteFMC. numéro 2506. vendredi 27 novembre 2009.
- [4]. Chouraqui J.P. A.Bourrillon. Développement des fonctions digestives. Pédiatrie/gastroentérologie.
- [5]. Chouraqui J.P. flore intestinale et troubles digestifs chez le nourrisson. JTA. Nutrition/Troubles digestifs du nourrisson. 2002.
- [6]. Florence Campeotto. Les coliques du nourrisson vues du microbiote intestinal. ABSTRACT PÉDIATRIE. N°229. NOVEMBRE2009.
- [7]. Artiges A., Bouley C., Bourrillet F., Bourlioux P., Choisy C., et al. Actualité du microbiote intestinal. Microbiote intestinal Santé Environnement. Académie de Pharmacie 5 juin 2013.
- [8]. DONNA M. ROBERTS, M.D., MICHAEL OSTAPCHUK, M.D., and JAMES G. O'BRIEN, M.D. Infantile Colic. American Family Physician. Volume 70, Number 4. August 15, 2004.
- [9]. Jeffrey N Critch, St John's. Les coliques du nourrisson : les interventions alimentaires ont-elles un rôle à jouer?. Paediatrics & Child Health. 2011; 16(1): 50-52.
- [10]. Iacono G, Carroccio A, Montalto G, et al. Severe infantile colic and food intolerance: a long-term prospective study. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 1991;12:332 - 335.
- [11]. Campbell JP. Dietary treatment of infant colic: a double-blind study. JR Coll Gen Pract 1989; 39:11-4.

- [12]. 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.
- [13]. BELLAICHE M. Coliques du nourrisson: comment gérer la crise ? Les entretiens de Bichat .26sep.2013.
- [14]. Moore D.J., Dreckow D., Robb TA., Davidson G.P. Breath H₂ and behavioural response in breast and formula fed infants with colic to modified lactose intake. *J. Paediatr and Child Health* 1991; 27:128.
- [15]. 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.
- [16]. Barr RG, Hanley J, et al. Breath Hydrogen excretion in normal newborn infants in response to usual feeding patterns: Evidence for 'functional lactase insufficiency" beyond the first month of life. *The Journal of Pediatrics* April 1984: 527-533.
- [17]. Kanabar D, Randhawa M, Clayton P. Improvement of symptoms in infant colic following reduction of lactose load with lactase. *J Hum Nutr Diet*. 2001;14(5):359-363.
- [18]. Jakobsson I, Lothe L, Ley D, Borschel MW. Effectiveness of casein hydrolysate feedings in infants with colic. *Acta Paediatr* 2000;89(1):18-21.
- [19]. Clifford T. J., Campbell M. K., Speechley K. N., Gorodzinsky F. Infant Colic: Empirical Evidence of the Absence of an Association With Source of Early Infant Nutrition. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2002. 156: 1123-1128.

- [20]. Lust K.D., Brown J.E., Thomas W. Maternal intake of cruciferous vegetables and other food, and colic symptoms in exclusively breast-fed infants. *J Am Diet Assoc* 1996; 96 (1) 46-48.
- [21]. Weissbluth L, Weissbluth M. Infant colic: the effect of serotonin and melatonin circadian rhythms on the intestinal smooth muscle. *Medical Hypotheses*, 1992 Oct, 39(2):164-7.
- [22]. Lothe L, Ivarsson SA, Ekman R, et al; Motilin and infantile colic. A prospective study. *Acta Paediatr Scand*. 1990 Apr;79(4):410-6.
- [23]. Livnas-Moberg K. The gastrointestinal tract in growth and reproduction. *Sci Am*. 1989;261 :78 —83.
- [24]. Matheson I, Rivrud GN. The effect of smoking on lactation and infantile colic. *JAMA* 1989. 261:42.
- [25]. Said G, Patois E, Lellouch J. Infantile colic and parental smoking. *BMJ*. 1984. 289:660.
- [26]. Haggart M, Giblin MJ. Passive smoking and colic-like behaviour in babies. *Health Visitor*. 1988. 61:81–82.
- [27]. Grégoire J. Les coliques infantiles un problème sans solution. *Le Médecin du Québec*. 2007. volume 42, numéro 10.
- [28]. BELLAICHE M. Coliques : le nourrisson est aussi en crise ?
- [29]. Riihii H, Lehtonen L, Huhtala V, Saleva K, Korvenranta H. Excessively crying infant in the family: mother -infant, father -infant and mother - father interaction. *Child: Care, Health and Development*. 2002. 28(5):419-429.
- [30]. Riihii H, Lehtonen L, Korhonen T, Korvenranta H. Family life 1 year after infantile colic. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*. 1996. 150(10):1032-1036.

- [31]. Pauli-Pott U, Becker K, Mertesacker T, Beckmann D. Infants with "Colic"— mothers' perspectives on the crying problem. *J Psychosom Res.* 2000. 48(2):125-132.
- [32]. Papousek M, von Hofacker N. Persistent crying in early infancy: a non – trivial condition of risk for the developing mother -infant relationship. *Child Care Health Dev.* 1998. 24(5):395-424.
- [33]. Murray L, Cooper P. The impact of irritable infant behavior on maternal mental state: a longitudinal study and a treatment trial. In: Barr RG, St James -Roberts I, Keefe MR, eds. *New Evidence on Unexplained Early Infant Crying: Its Origins, Nature and Management.* Skillman, NJ: Johnson & Johnson Pediatric Institute; 2001:149-164)
- [34]. Stifter CA, Braungart J. Infant colic: A transient condition with no apparent effects. *Journal of Applied Developmental Psychology.* 1992. 13(4):447-462.
- [35]. St James -Roberts I, Conroy S, Wilsher K. Links between maternal care and persistent infant crying in the early months. *Child: Care, Health and Development.* 1998. 24(5):353-376.
- [36]. Stifter CA, Bono MA. The effect of infant colic on maternal self - perceptions and mother -infant attachment. *Child: Care, Health and Development* 1998. 24(5):339-351.
- [37]. Weizman Z, Alkrinawi S, Goldfarb D, et al. Efficacy of herbal tea preparation in infantile colic. *J Pediatr.* 1993. 122(4):650-2.
- [38]. Forsyth BWC. Colic and the effect of changing formulas: A double-blind, multiple- crossover study. *Journal of Pediatrics.* 1989. 114 (4):521-6.

- [39]. Savino F, Cresi F, Castagno E, et al. A randomized double-blind placebo –controlled trial of a standardized extract of *Matricariae recutita*, *Foeniculum vulgare* and *Melissa officinalis* (ColiMil®) in the treatment of breast-fed colicky infants. *Phytother Res.* 2005. 19:335-40.
- [40]. Stevens B, Ohlsson A. Sucrose for analgesia in newborn infants undergoing painful procedures. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004. 3:CD001069.
- [41]. Markestad T. Use of sucrose as treatment for infant colic. *Arch Dis Child.* 1997. 76(4):356-8.
- [42]. Barr RG, Young SN, Wright JH, et al. Differential calming responses to sucrose taste in crying infants with and without colic. *Pediatrics.* 1999. 103(5):e68.
- [43]. Lucassen PLBJ, Assendelf WJJ, Gubbels JW, van Eijk JTM, van Geldrop WJ, Neven AK. Effectiveness of treatments for infantile colic: Systematic review. *British Medical Journal* . 1998. 316(7144):1563-1569.
- [44]. Reust CE, Blake RL Jr. Diagnostic workup before diagnosing colic. *Arch Fam Med.* 2000 Mar. 9(3):282-3.
- [45]. Metcalf TJ; Irons TG; Sher LD; Young PC. Simethicone in the treatment of infant colic: a randomized, placebo -controlled, multicenter trial. *Pediatrics.* 1994 Jul. 94(1):29- 34.
- [46]. Danielsson B, Hwang CP. Treatment of infantile colic with surface active substance (simethicone). *Acta Paediatr Scand.* 1985. 74(3):446-450.
- [47]. Markestad T. Use of sucrose as a treatment for infant colic. *Arch Dis Child.* 1997. 76 :356-358.

- [48]. Jonas WB, Anderson RL, Crawford CC, Lyons JS. A systematic review of the quality of homeopathic clinical trials. *BMC Complement Altern Med.* 2001. 1:12.
- [49]. Jacobs J, Springer DA, Crothers D. Homeopathic treatment of acute otitis media in children: A preliminary randomized placebo controlled trial. *Pediatr Infect Dis J.* 2001. 20:177-83.,
- [50]. Jacobs J, Jimenez LM, Gloyd SS, Gale JL, Crothers D. Treatment of acute childhood diarrhea with homeopathic medicine: A randomized clinical trial in Nicaragua. *Pediatrics.* 1994. 3:719-25.
- [51]. Jacobs J, Jimenez LM, Malthouse S et coll. Homeopathic treatment of acute childhood diarrhea: Results from a clinical trial in Nepal. *J Altern Complement Med.* 2000. 6:131-9.
- [52]. Wiberg JMLM, Nordsteen J, Nilsson N. The short-term effect of spinal manipulation in the treatment of infantile colic: a randomized controlled clinical trial with a blinded observer. *J Manipulative Physiol Ther.* 1999. 22:517-522.
- [53]. Olafsdottir E, Forshei S, Fluge G, Markestad T. Randomized controlled trial of infantile colic treated with chiropractic spinal manipulation. *Arch Dis Child.* 2001. 84:138-41.
- [54]. Pour ne plus laisser les coliques du nourrisson, perturber la vie de bébé ...
Communiqué de presse BIOGAIA
- [55]. Nana V., Peter E., Noris C., Eamonn C., Karin L.. Colonization and Immunomodulation by *Lactobacillus reuteri* ATCC 55730 in the Human Gastrointestinal Tract. *Applied Environmental Microbiology.* February 2004. vol. 70 no. 2 1176-1181.

- [56]. Cleusix V1, Lacroix C, Vollenweider S, Le Blay G. Glycerol induces reuterin production and decreases *Escherichia coli* population in an in vitro model of colonic fermentation with immobilized human feces. *FEMS Microbiol Ecol.* 2008 Jan. 63(1):56-64. Epub 2007 Nov 20.
- [57]. Indrio F., Di Mauro A., Riezzo G. et al. Prophylactic Use of a Probiotic in the Prevention of Colic, Regurgitation, and Functional Constipation. A Randomized Clinical Trial. *JAMA Pediatr.* 2013.436 . Published online January 13, 2014.
- [58]. Biogaia, *Lactobacillus reuteri*.
- [59]. Microbiote : l'analyser chez le petit enfant pour le « probioteur ». *Appelied and environmental microbiology.* Actualité publiée le 31/03/2014.
- [60]. Stagnara J., Blanc J.P, et al. Eléments cliniques du diagnostic de coliques du nourrisson. Enquête chez 2 773 nourrissons âgés de 15 à 119 jours. *Archives de pédiatrie.* 1997. vol. 4, no 10.
- [61]. Adel S.A Ali, Mohamed A Abd Elhady. Prevalence and Risk Factors for Infantile Colic in Egyptian Infants. *Journal of American Science.* 2013. 9(10).
- [62]. Talachian E, Bidari A, Rezaie MH. Incidence and risk factors for infantile colic in Iranian infants. *World J Gastroenterol.* 2008. 14(29):4662–66.
- [63]. Ghosh S, Barr RG. Colic and gas. In: Walker WA, Goulet O, Kleiman RE, Sherman PM, Shneider BJ, eds. *Pediatric Gastrointestinal Disease.* 4th ed. Hamilton, Ontario: BC Decker Inc. 2004:210.
- [64]. Becker N, Lombardi P, Sidoti E, Katkin LS: Mylicon drops in the treatment of infant colic. *Clin Ther.* 1998. 10:401– 5.
- [65]. Colon AR, Dipalma JS. Colic. *Am Fam Physician.* 1989. 40:122–4.

- [66]. Keefe MR. Irritable infant syndrome: Theoretical perspectives and practice implications. *ANS Adv Nurs Sci*. 1988. 10(3):70–8.
- [67]. Moore DJ, Fink Robb TA, Davidson GE. Breath hydrogen response to milk containing lactose in colicky and non-colicky infants. *J Pediatr*. 1988. 113:979-84.
- [68]. Fazil M., Prevalence And Risk Factors For Infantile Colic In District Mansehra. *J Ayub Med Coll Abbottabad*. 2011. 23(2)
- [69]. Zwart P., Marije G.A. Vellema-Goud, Paul L.P.Brand. Characteristics of infants admitted to hospital for persistent colic, and comparison with healthy infants. *Acta Paediatrica*. 2007. 96 (3), 401-4.
- [70]. Maunu J., Kirjavaian J., Korja R., et al. Relation of prematurity and Brain Injury to crying Behavior in Infancy. *Pediatrics*, July 1, 2006. 118(1): e57-e65.
- [71]. CK, Vestermark V, Birch M, Plenov G, Toftager-Larsen K. The significance of pregnancy, delivery and postpartum factors for the development of infantile colic. *J Perinat Med*. 1991. 19:251–7
- [72]. La médicalisation de la naissance en question. *Dossiers de l'obstétrique* N° 255, 1997.
- [73]. Rautava P, Helenius H, Lehtonen L. Psychosocial predisposing factors for infantile colic. *BMJ*. 1993. 307:600–4.
- [74]. Alvarez M, St James-Roberts I. Infant fussing and crying patterns in the first year in an urban community in Denmark. *Acta Paediatr*. 1996. 85:463–6.

- [75]. Stifter CA. Impacts des pleurs sur le développement psychosocial de l'enfant. In : Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants [sur internet]. Montréal, Québec : Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants. 2005 :1-7.
- [76]. Crowcroft NS, Strachan DP. The social origins of infantile colic : questionnaire study covering 76747 infants. *BMJ*. 1997. 314:1325-8.
- [77]. Vander WMF, Van den Boom DC, Pauw-Plomp H, et al. Mothers reports of infant crying and soothing in the multi-cultural population. *Arc Dis Child*. 1998. 79:312-7.
- [78]. Lucassen, P L B J, Assendelft, W JJ, van Eijk, J T. M, Gubbels, J W, Douwes, A C, van Geldrop, W J (2001). Systematic review of the occurrence of infantile colic in the community. *Arch. Dis. Child*. 84: 398-403.
- [79]. Paradise j.l. Maternal and other factors in the etiology of infantile colic. *J. Amer. Med. Assoc*. 1966. 197, 123-131.
- [80]. St.James-Roberts, I. § Halil, T. infant crying patterns in the first year: normal community and clinical findings. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1991. 32: 951-968.
- [81]. Brown MJ, Shenassa ED. Maternal smoking and infantile gastrointestinal dysregulation: the case of colic. *Pediatrics*. 114(4):e497-505.
- [82]. Miller-Loncar C., Bigsby R., High P., Wallach M. & Lester B. Infant colic and feeding difficulties. *Arch Dis Child*. 2004. 89, 908-912.
- [83]. Stifter C.A., Bono M. & Spinrad T. Parent characteristics and conceptualizations associated with the emergence of infant colic. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2003. 4, 302-322.

- [84]. Landgren, K. & Hallström, I. Parent's experience of living with a baby with infantile colic – a phenomenological hermeneutic study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2010. 25, 317-324.
- [85]. Erickson Megel M., Wilson M.E., Bravo K., McMahon N. & Towne A. Baby Lost and Found: Mother's Experiences of Infant Who Cry Persistently. *Journal of Pediatric Health Care*. 2011. 3, 144-152.
- [86]. Stifter C.A. & Bono M.A. The effect of infant colic on maternal self-perceptions and mother-infant attachment. *Child: Care, Health and Development* 1998. 5, 339-351.
- [87]. Papousek, M. & Von Hofacker, N. Persistent crying in early infancy : a non-trivial condition of risk for the developing mother-infant relationship. *Child : Care, Health and Development*. 1998. 5, 395-424.
- [88]. Levitzky S. & Cooper R. Infant Colic Syndrome – Maternal Fantasies of aggression and Infanticide. *Clinical Pediatrics*. 2000. 39, 395-400.
- [89]. Cirgin Ellett M.L, Swenson M. Living With a Colicky Infant. *Gastroenterology Nursing*. 2004. 1, 19-25.
- [90]. Ellett M., Schuff E., Davis J.B. Parental Perceptions of the Lasting Effects of Infant Colic. *MCN*. 2005. 2, 127-132.
- [91]. Long T., Johnson M. Living and coping with excessive infantile crying. *Journal of Advanced Nursing*. 2001. 34, 155-162.
- [92]. Riihinen H., Lehtonen L., Huhtala V., Saleva K. & Korvenranta H. Excessively crying infant in the family :mother-infant, father-infant and motherfather interaction. *Child : Care, Health & Development*. 2002. 28, 419-429.
- [93]. Cirgin Ellett M.L., Appleton M.M., Sloan R.S. Out of the Abyss of Colic: A View Through the Fathers' Eyes. *MCN*. 2009. 3, 164-171.

- [94]. McKenzie S. Troublesome crying in infants: effect of advice to reduce stimulation. *Archives of Diseases in Childhood*. déc 1991. 66(12):1416-20.
- [95]. Oggero R, Garbo G, Savino F, et al. Dietary modifications versus dicyclomine hydrochloride in the treatment of severe infantile colics. *Acta Paediatrica Oslo Norway*. févr 1994. 83(2):222-5.
- [96]. Bruyas-Bertholon V, Lachaux A, Dubois J-P, et al. Quels traitements pour les coliques du nourrisson ? *Presse Médicale*. juill 2012. 41(7-8):e404-10.
- [97]. Savino F, Pelle E, Palumeri E, et al. *Lactobacillus reuteri* (American Type Culture Collection Strain 55730) versus simethicone in the treatment of infantile colic: a prospective randomized study. *Pediatrics*. janv 2007. 119(1):e124-30.
- [98]. Szajewska H, Gyrczuk E, Horvath A. *Lactobacillus reuteri* DSM 17938 for the Management of Infantile Colic in Breastfed Infants: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. *Journal of Pediatrics*. févr 2013. 162(2):257-62.

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

- *Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.*
- *Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.*
- *Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.*
- *Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.*
- *Les médecins seront mes frères.*
- *Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.*
- *Je maintiendrai le respect de la vie humaine dès la conception.*
- *Même sous la menace, je n'userai pas de mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.*
- *Je m'y engage librement et sur mon honneur.*

قسم أبقراط

بسم الله الرحمن الرحيم

أقسم بالله العظيم

في هذه اللحظة التي يتم فيها قبولي عضواً في المهنة الطبية أتعهد علانية:

- < بأن أكرس حياتي لخدمة الإنسانية.
- < وأن أحترم أسانذتي وأعترف لهم بالجميل الذي يستحقونه.
- < وأن أمارس مهنتي بوانع من ضميري وشر في جاعلا صحة مريض هدي في الأول.
- < وأن لا أفشي الأسرار المعهودة إلي.
- < وأن أحافظ بكل ما لدي من وسائل على الشرف والتقاليد النبيلة لمهنة الطب.
- < وأن أعتبر سائر الأطباء إخوة لي.
- < وأن أقوم بواجبي نحو مرضاي بدون أي اعتبار ديني أو وطني أو عرقي أو سياسي أو اجتماعي.
- < وأن أحافظ بكل حزم على احترام الحياة الإنسانية منذ نشأتها.
- < وأن لا أستعمل معلوماتي الطبية بطريق يضر بحقوق الإنسان مهما لاقيت من تهديد.
- < بكل هذا أتعهد عن كامل اختيار ومقسما بشري في.

انتشار المغص عند الرضع وتأثيره على حياة الآباء

أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم :

من طرف

السيدة: مينة أكرو

المزدادة في: 16 ماي 1990 بالرباط

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية: انتشار - المغص عند الرضع - جودة الحياة - الآباء.

تحت إشراف اللجنة المكونة من الأساتذة

رئيس

السيدة: نزهة معان

مشرف

أستاذة في طب الأطفال

السيد: سعيد الطاير

أستاذ في طب الأطفال

السيدة: نعيمة الرايمي

أستاذة في طب الأطفال

أعضاء

السيدة: أمال تهيمو إزكا

أستاذة في طب الأطفال

السيدة: بدر السعود بنجلون الضخامة

أستاذة في طب الأطفال