

Article original

Colite hémorragique chez les nourrissons en allaitement maternel exclusif

Hemorrhagic proctocolitis in exclusively breast-fed children

S. Sorea ^a, A. Dabadie ^{a,*}, L. Bridoux-Henno ^a, M. Balançon-Morival ^a,
H. Jouan ^b, E. Le Gall ^a

^a Département de médecine de l'enfant et de l'adolescent, hôpital Sud, 16, boulevard de Bulgarie, 35056 Rennes cedex, France

^b Service d'anatomopathologie, hôpital Pontchaillou, 2, rue H-Le-Guilloux, 35033 Rennes cedex, France

Reçu le 22 septembre 2003 ; accepté le 24 septembre 2003

Résumé

Les auteurs ont analysé les données cliniques, biologiques, endoscopiques et l'évolution de six nourrissons âgés de moins de trois mois ayant présenté des rectorragies persistantes isolées en étant exclusivement allaités.

Résultats. – Deux filles et quatre garçons ont présenté des rectorragies isolées mais récurrentes à un âge compris entre un et deux mois. Chaque enfant a eu une rectosigmoïdoscopie entre 1 et 3,2 mois. L'endoscopie montrait une congestion muqueuse (six fois), des plages ecchymotiques et pétéchiiales (quatre fois) et des intervalles de muqueuse saine (cinq fois). L'aspect microscopique a mis en évidence un infiltrat à éosinophiles pour cinq enfants. L'évolution a été favorable cinq fois après l'exclusion des protéines de lait de vache de l'alimentation maternelle et uniquement après sevrage du lait maternel dans un cas. Tous les enfants ont été nourris avec un hydrolysate de protéines de lait de vache au moment du sevrage et la réintroduction des protéines de lait de vache a pu être réalisée entre 6 et 23 mois.

Conclusion. – L'allergie alimentaire peut être incluse dans les causes de rectocolite y compris en cas d'allaitement maternel exclusif. Les manifestations ont une évolution en règle bénigne.

© 2003 Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Abstract

Authors report clinical, biological and endoscopic data of six children aged less than 3 months with bloody stools while they were exclusively breast-fed.

Results. – Two girls and four boys aged 1–2 months presented with isolated but recurrent rectal bleeding. All were explored by fiberoptic rectosigmoidoscopy between 1 and 3.2 months. Macroscopic aspect was congestion (six cases), petechial and ecchymotic (four cases), with normal mucosal areas (five cases). Histopathology showed eosinophilic infiltrates in all five children with rectal biopsy. Evolution was satisfactory after cow's milk protein exclusion in maternal diet for five children and after weaning in one. All children were weaned with protein hydrolysate. Cow's milk protein was later introduced without adverse reactions at 6–23 months.

Conclusion. – Food allergy can be considered in proctocolitis including exclusive breast-fed children. Evolution after maternal diet is as usual simple.

© 2003 Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Colite hémorragique ; Nouveau-né ; Allaitement maternel

Keywords : Proctocolitis; Hemorrhagic; Breast feeding; Infant, newborn

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : alain.dabadie@chu-rennes.fr (A. Dabadie).

La rectorragie est un symptôme fréquent chez les nourrissons, surtout chez les hypotrophiques et les prématurés [1–3]. Les causes les plus graves sont l'entéocolite ulcéro-nécrosante, les colites infectieuses, les coagulopathies, les malformations vasculaires, les colites pseudomembraneuses [2–6].

Certains nourrissons qui présentent des rectorragies ont un examen clinique tout à fait rassurant. Le saignement peut alors être dû à une fissure anale, une ulcération thermométrique ou à une colite allergique [5,7]. Une rectocolite peut être rencontrée chez des nourrissons allaités posant le problème d'une allergie alimentaire transmise par le lait maternel [8–11].

L'objectif de cette étude est de rapporter les aspects endoscopiques, histologiques et évolutifs d'une série de six enfants qui ont présenté des rectorragies avant l'âge de trois mois en étant nourris exclusivement avec le lait de leur mère.

1. Patients

Cette étude a analysé d'une façon rétrospective six nourrissons (quatre garçons et deux filles) qui ont consulté pour des rectorragies dans le service de pédiatrie du CHU de Rennes alors qu'ils étaient nourris exclusivement au sein et ayant bénéficié d'une exploration par rectosigmoïdoscopie. L'étude a porté sur les aspects cliniques, le résultat des explorations biologiques, endoscopiques et histologiques, sur les décisions thérapeutiques et l'évolution.

2. Résultats

Quatre nourrissons étaient nés à terme. Deux garçons étaient prématurés à 31 et 34 semaines d'aménorrhée gravidique. Un seul antécédent familial a été retenu : la mère d'une petite fille avait un terrain atopique et une maladie de Crohn.

Tous les enfants ont présenté des rectorragies isolées survenues pour la première fois entre l'âge de un et deux mois. Les rectorragies étaient bien tolérées sur le plan clinique, la croissance staturopondérale était normale, aucun autre symptôme n'a été enregistré. Aucune lésion des mamelons (crevasse) n'était notée chez les mères. En raison de la répétition des rectorragies et de l'absence de cause décelable à l'examen clinique de l'enfant (fissures anales) ou aux examens bactériologique et virologique des selles, chaque enfant a bénéficié d'une exploration par rectosigmoïdoscopie. L'âge de réalisation de l'examen était de 1 à 3,3 mois (médiane 2,1 mois). L'aspect endoscopique était une congestion muqueuse pour tous les enfants, des pétéchies (quatre fois), avec intervalles de muqueuse saine (cinq fois). Pour cinq enfants ont été effectuées des biopsies, retrouvant un infiltrat à éosinophiles dans tous les cas.

Les immunoglobulines E totales et spécifiques aux protéines de lait de vache ont été dosées pour deux enfants et étaient dans les limites de la normale. Le test de transforma-

tion lymphoblastique aux protéines de lait de vache a été réalisé pour un enfant et était positif.

Dans l'hypothèse d'une allergie alimentaire, le seul traitement prescrit dans une première étape a été l'exclusion des protéines de lait de vache de l'alimentation maternelle. Cinq enfants ont eu une évolution favorable avec disparition des symptômes. Devant cette évolution favorable il n'a pas été réalisé de test de provocation par réintroduction précoce des protéines de lait de vache ni chez l'enfant ni dans l'alimentation maternelle. Chez un seul enfant les symptômes ont persisté jusqu'au sevrage, mais l'exclusion totale des protéines de lait de l'alimentation maternelle n'a pu être contrôlée. Au moment du sevrage tous les enfants ont été alimentés avec un hydrolysate de protéines de lait de vache. La réintroduction des protéines de lait de vache a pu être réalisée pour les six enfants à un âge compris entre 6 et 23 mois. L'évolution ultérieure a été favorable pour cinq enfants. L'enfant pour lequel la réintroduction des protéines de lait de vache a été la plus tardive (23 mois) a présenté une réaction urticaire lors d'une première tentative de réintroduction à un an et a ensuite développé une allergie alimentaire avec allergie aux bananes et aux arachides. Les données cliniques endoscopiques et histologiques sont résumées dans le [Tableau 1](#).

3. Discussion

Les protéines de l'alimentation maternelle peuvent passer dans le lait maternel et causer de véritables allergies alimentaires chez le nourrisson nourri au sein. Parmi ces protéines ont été identifiées la bêta-lactoglobuline du lait de vache, les protéines d'œuf, le chocolat, le poisson et les oranges [12,13]. Les manifestations allergiques chez le nourrisson peuvent avoir une intensité variable allant de simples coliques jusqu'au choc anaphylactique [14,15]. Parmi ces manifestations, la rectocolite à éosinophiles a été souvent rapportée chez des enfants exclusivement allaités.

Plusieurs auteurs ont publié des cas isolés de rectocolite allergique. Perisic et al. [16] et Pittschieler et al. [17], ont décrit deux cas de nourrissons de trois semaines et trois mois exclusivement allaités ayant présenté des rectorragies avec un aspect endoscopique de friabilité muqueuse, avec érythème et hémorragies muqueuses, les biopsies montrant un infiltrat des plasmocytes et d'éosinophiles. L'évolution a été favorable après l'exclusion des protéines de lait de vache de l'alimentation maternelle. Klein et al. ont rapporté deux cas familiaux chez des enfants âgés de quatre et six semaines, la mère de ces enfants avait augmenté sa consommation lactée pendant l'allaitement pour stimuler la sécrétion lactée [18]. Les symptômes peuvent être précoces et intenses. Wilson et al. rapportent un cas survenu à quatre jours de vie avec rectorragies abondantes et anémie. Le début précoce des symptômes pouvait évoquer une sensibilisation pendant la vie intra-utérine [19].

Nous avons constaté dans notre série le même aspect endoscopique au niveau rectocolique et l'aspect d'infiltrat à éosinophiles rapportés dans l'ensemble des séries [8–11]. Le

dosage des immunoglobulines E a été réalisé pour seulement deux enfants dans notre groupe et a été négatif pour les deux. Dans les différentes séries, l'appréciation d'une réponse réaginique à médiation IgE est assez décevante dans les formes purement digestives [20]. Il semble que pour les formes subaiguës à prédominance digestive les tests de transformation lymphoblastique soient plus sensibles mais cette constatation est inconstante [21]. Le test de provocation orale en aveugle vs placebo constitue le « gold standard » des tests diagnostiques de l'allergie alimentaire. Devant une évolution favorable sous régime maternel il nous a semblé inutile, voire imprudent, de réaliser ces tests de réintroduction de façon précoce pour confirmer une hypothèse très probable d'allergie transmise par le lait maternel.

Dans l'hypothèse d'une allergie aux protéines de lait de vache transmises par le lait maternel, un régime d'exclusion est donc le plus souvent prescrit à la mère (seul traitement entrepris dans nos six cas). Dans la série de Anveden-Hertzberg et al., les mères de sept enfants ont réduit leur consommation de protéines de lait de vache avec une disparition des symptômes en quelques jours pour six d'entre eux [11]. Dans une autre série de sept enfants les symptômes n'ont toutefois disparu complètement que chez un seul enfant après l'exclusion de protéines de lait de vache de l'alimentation maternelle, ceci plaçant pour la présence d'autres protéines allergisantes dans le lait maternel [5]. Des résultats similaires ont été publiés par Lake et al. [8] chez six enfants nourris au sein présentant une colite hémorragique, dont deux seulement ont présenté une amélioration après un régime maternel.

La plus grande série est celle de Lake et al. [9]. Sur une période de 20 ans les auteurs ont observé 95 cas de nourrissons exclusivement allaités au lait maternel et présentant les lésions endoscopiques précédemment décrites. Le seul traitement a été l'exclusion des différentes protéines allergisantes de l'alimentation maternelle. Ainsi, 62 enfants ont pré-

senté une régression des symptômes après l'exclusion du régime maternel des protéines de lait de vache, 18 enfants après l'exclusion des protéines d'œuf, trois enfants après l'exclusion des protéines de soja [9]. Une évolution favorable « spontanée » avec régression des signes sans adaptation diététique est rapportée chez 20 % des enfants dans la série de Pumberger et al. [10]. À l'inverse, les signes peuvent persister malgré le régime maternel, et nécessiter pour certains l'arrêt de l'allaitement avec utilisation d'un hydrolysate de protéines de lait de vache, voire une formule à base d'acides-amino libres (4/95 dans la série de Lake [9]). Dans un cas de notre série les rectorragies ont persisté sous régime maternel, mais l'allaitement n'a pas été interrompu devant la bonne tolérance clinique et la déperdition de sang minime.

Au sevrage, l'évolution est favorable avec relais par un hydrolysate de protéines de lait de vache ou une formule à base d'acides-amino libres [9]. La réintroduction des protéines de lait de vache est en général possible avant l'âge de un an. Dans notre série, cette réintroduction n'a pu être faite qu'à l'âge de 23 mois chez un enfant ayant par ailleurs une polyallergie alimentaire.

Quelques études ont porté sur l'évolution à long terme. Dans la série de Lake, après l'âge de un an tous les enfants ont toléré un régime sans exclusion protéique. Trente-cinq enfants ont été suivis pendant plus de dix ans, aucun n'ayant développé de maladie intestinale chronique inflammatoire [9]. Dans une étude prospective sur une série de 13 enfants avec une rectocolite à éosinophiles sous allaitement maternel, aucune évolution vers une maladie inflammatoire digestive n'a été enregistrée [22]. Dans notre série, un enfant avait dans ses antécédents familiaux une maladie de Crohn chez sa mère. Les biopsies réalisées chez cette petite fille ont trouvé un infiltrat inflammatoire au niveau de la lamina propria avec des lymphocytes d'assez grande taille, mais il n'a pas été identifié de granulome.

Tableau 1

Données cliniques, endoscopiques, histologiques et évolutives des 6 cas de colite hémorragique

	Cas 1	Cas 2	Cas 3	Cas 4	Cas 5	Cas 6
Sexe	F	M	M	M	F	M
Terme (SA)	38	34	40	40	40	31
Âge début rectorragies (mois)	1	2	2	2	1	2
Croissance staturopondérale	normale	normale	normale	normale	normale	normale
Âge endoscopie	1 mois	2,7 mois	1,5 mois	2,8 mois	1 mois	3,2 mois
Pétéchies	+	+	–	+	+	–
Congestion	+	+	+	+	+	+
Intervalles muqueuse saine	+	–	+	+	+	+
Infiltrat éosinophiles		+	+	+	+	+
IgE			normale		normale	
TT lymphoblastique aux PLV			+			
Coproculture – virologie des selles	–	–	–	–	–	–
Diète maternelle sans PLV	+	+	+	+	+	+
Disparition des symptômes	+	+	+	+	–	+
Hydrolysate PLV au sevrage	+	+	+	+	+	+
Age réintroduction PLV	6 mois	?	23 mois	6 mois	13 mois	8 mois
Évolution favorable	+	+	+	+	+	+

Ig, immunoglobulines ; TT, test de transformation ; PLV, protéines de lait de vache.

4. Conclusion

Les nourrissons nourris exclusivement avec du lait maternel peuvent développer une allergie alimentaire aux protéines de l'alimentation maternelle excrétées dans le lait maternel. La physiopathologie précise de ces rectocolites chez le nourrisson allaité reste mal précisée, mais le tableau clinique, l'évolution favorable constatée chez la plupart de ces enfants après l'exclusion des protéines de lait de vache du régime maternel, et l'aspect macroscopique et microscopique de la muqueuse colique sont similaires à ceux constatés dans les colites hémorragiques des nourrissons alimentés avec des formules à base de lait de vache. Ces constatations plaident en faveur d'un mécanisme allergique.

Références

- [1] Benhamou PH, Dupont C. Rectorragies du nouveau-né. Arch Fr Pédiatr 1990;47:747–53.
- [2] Dupont C, Badoual J, Le Luyer B, Le Bourgeois C, Barbet JP, Voyer M. Rectosigmoidoscopic findings during isolated rectal bleeding in the neonate. J Pediatr Gastroenterol Nutr 1987;6:257–64.
- [3] Canioni D, Pauliat S, Gaillard JL, Mougenot JF, Bompard Y, Berche P, et al. Histopathology and microbiology of isolated rectal bleeding in neonates: the so-called « ecchymotic colitis ». Histopathology 1997;30:472–7.
- [4] Harmon T, Burkhart G, Applebaum H. Perforated pseudomembranous colitis in the breast-fed infant. J Pediatr Surg 1992;27:744–6.
- [5] Machida HM, Catto Smith AG, Gall DG, Trevenen C, Scott RB. Allergic colitis in infancy: clinical and pathologic aspects. J Pediatr Gastro-enterol Nutr 1994;19:22–6.
- [6] Sherman NJ, Clatworthy HW. Gastrointestinal bleeding in neonates: a study of 94 cases. Surgery 1967;62:614–9.
- [7] Goldman H, Proujansky R. Allergic proctitis and gastro-enteritis in children. Am J Surg Pathol 1986;10:75–86.
- [8] Lake AM, Whittington PF, Hamilton SR. Dietary protein-induced colitis in breast-fed infants. J Pediatr 1982;101:906–10.
- [9] Lake AM. Food-induced eosinophilic proctocolitis. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2000;30:S58–60.
- [10] Pumberger W, Pomberger G, Geissler W. Proctocolitis in breast fed infants: a contribution to differential diagnosis of haematochezia in early childhood. Postgrad Med J 2001;77:252–4.
- [11] Anveden-Hertzberg L, Finkel Y, Sandstedt B, Karpe B. Proctocolitis in exclusively breast-fed infants. Eur J Pediatr 1996;155:464–7.
- [12] Shaks SJ, Heiner DG. Allergy to breast milk. Clin Immunol Allergy 1982;2:121–36.
- [13] Cant AJ, Bailes JA, Marsden RA, Hewitt D. Effect of maternal dietary exclusion on breast-fed infants with eczema: two controlled studies. Br Med J 1986;293:231–3.
- [14] Jenkins H, Pincott JR, Soothill JF, Milla PJ, Harries JT. Food Allergy: the major cause of infantile colitis. Arch Dis Child 1984;59:326–9.
- [15] Lifschitz CH, Hawkins HK, Guerra C, Byrd N. Anaphylactic shock due to cow's milk protein hypersensitivity in a breast-fed infant. J Pediatr Gastroenterol Nutr 1988;7:141–4.
- [16] Perisic VN, Filipovic D, Kokai G. Allergic colitis with rectal bleeding in an exclusively breast-fed neonate. Acta Paediatr Scand 1988;77:163–4.
- [17] Pittschieler K. Cow's milk protein-induced colitis in the breast-fed infant. J Pediatr Gastroenterol Nutr 1990;10:548–9.
- [18] Klein E, Shvartzman P, Weizman Z. Blood-streaked stools in two breast-fed siblings. J Family Pract 1990;30:713–4.
- [19] Wilson NW, Self TW, Hamburger RN. Severe cow's milk induced colitis in an exclusively breast-fed neonate. Clin Pediatr (Phila) 1990;29:77–80.
- [20] Dannaeus A, Inganäs M. A follow up study of children with food allergy. Clinical course in relation to serum IgE and IgG-antibody levels to milk, egg and fish. Clin Allergy 1981;11:533–9.
- [21] Scheinmann P, Gendrel D, Charlas J, Paupe J. Value of lymphoblast transformation test in cow's milk protein intestinal intolerance. Clin Allergy 1976;6:515–21.
- [22] Hill DJ, Ford RP, Shelton MJ, Hosking CS. A study of 100 infants and young children with cow's milk allergy. Clin Rev Allergy 1984;2:125–42.