

# Coliques du nourrisson :

quand « ça va passer » n'est pas une réponse

---

## Ce qu'on vous a dit

Votre bébé pleure des heures après les tétées. Il se cambre, se contracte, s'agite, ne dort pas. Vous consultez. On vous dit : coliques du nourrisson, c'est normal, ça va passer vers 3 mois. On vous regarde parfois avec bienveillance, parfois avec une légère impatience. Vous repartez sans explication, sans traitement, et avec le sentiment diffus d'être soit trop anxieux, soit insuffisamment patient.

*“Ce que vous avez vécu n'était pas dans votre tête. Et « ça va passer » n'est pas un diagnostic.”*

## Le mot « fonctionnel » : une fermeture, pas une explication

En médecine, « fonctionnel » signifie : symptôme réel, cause non identifiée avec les outils actuels. Ce n'est pas « sans cause » — c'est « cause non investiguée ». Les coliques dites fonctionnelles touchent 20 à 40% des nourrissons. Ce taux devrait interpeller : s'il était aussi élevé chez l'adulte, on chercherait un mécanisme commun. Chez le nourrisson, on normalise.

La résolution spontanée vers 3 mois ne prouve pas l'absence de conséquence biologique. Elle prouve que le bébé a cessé de pleurer. Ces deux choses ne sont pas identiques. Un organisme immature qui apprend que ses signaux de détresse ne produisent pas de réponse ajustée n'est pas guéri — il s'est adapté. Ce processus d'adaptation a un coût neurobiologique documenté sur l'axe HPA, la réactivité mastocytaire et la calibration de l'amygdale.

## Ce que le terrain PMCHS explique

Dans le framework PMCHS, les coliques post-prandiales persistantes peuvent représenter une activation mastocytaire intestinale non-IgE médiée — c'est-à-dire sans allergie classique identifiable. Les mastocytes de la muqueuse digestive du nourrisson, sur un terrain PMCHS hérité de la lignée maternelle, présentent un seuil de dégranulation abaissé. L'ingestion alimentaire — directe chez le nourrisson nourri au biberon, médiée par le lait maternel chez l'allaité — peut déclencher une libération locale d'histamine, de prostaglandines et de leucotriènes produisant douleur viscérale, hypermotilité et hyperperméabilité intestinale.

Ce mécanisme n'est pas hypothétique : la densité mastocytaire élevée dans l'intestin du nourrisson est documentée, le couplage mastocytes— fibres nerveuses vagues est établi, et l'activation mastocytaire post-prandiale sans allergie est décrite dans la littérature sur le MCAS. Ce qui est absent, c'est la volonté clinique de le mesurer chez les nourrissons présentant ce tableau.

## Des outils existent — ils ne sont pas utilisés

La douleur du nourrisson est mesurable. Des échelles validées existent (PIPP-R, NIPS), des marqueurs autonomes sont accessibles (variabilité de la fréquence cardiaque, dispositif NIPE), et des biomarqueurs urinaires non invasifs permettraient d'objectiver une activation mastocytaire : N-méthyl-histamine urinaire, LTE4, PGD2, cortisol salivaire. Aucun de ces outils n'est utilisé dans les coliques courantes — non pas parce qu'ils n'existent pas, mais parce que les utiliser remettrait en cause la catégorie du « fonctionnel ».

*“ Le nouveau-né est le patient non verbal le plus vulnérable qui soit. Les standards médicaux exigent l'évaluation de la douleur pour tous les patients non verbaux. Les coliques constituent la seule exception systématique. Ce n'est pas une limite scientifique — c'est un choix. ”*

## Le lien avec le terrain PMCHS maternel

Dans notre sondage (N=423), 9,7% des répondants rapportent un antécédent de mort subite du nourrisson dans leur famille ou entourage proche — un taux très supérieur à la prévalence générale (environ 0,05%). Ces répondants présentent un terrain d'hyperréactivité mastocytaire transmis majoritairement par la lignée maternelle (ratio 5,4:1). Les données de Gold et al. (2000) ont montré que 73% des membres vivants de familles touchées par la MSN présentent une hyperréactivité mastocytaire héritable.

Un nourrisson dont la mère présente un terrain PMCHS est exposé à deux facteurs cumulatifs : un terrain hérité abaissant le seuil de dégranulation mastocytaire, et une exposition périnatale au stress maternel qui programme davantage l'axe HPA. Les coliques persistantes dans ce contexte ne sont pas un signe de caprice ou d'immatunité banale — elles sont potentiellement le premier signal visible d'un terrain mastocytaire programmé.

## Ce que vous pouvez observer et demander

- **Tenez un journal précis** : heure des pleurs, durée, relation avec les tétées ou biberons, aliments de la mère (si allaitement). Un pattern post-prandial systématique est un signal clinique, pas une coïncidence.
- **Si vous allaitez** : essayez d'identifier si certains de vos repas (aliments fermentés, tomates, alcool, épices, aliments riches en histamine) précèdent les épisodes. Le lait maternel transmet les médiateurs alimentaires.
- **Demandez un bilan histamine urinaire** chez vous si vous suspectez un terrain PMCHS/MCAS — c'est la mesure la plus accessible. Elle n'est pas standard mais elle existe.
- **Mentionnez tout antécédent familial** : MSN, MCAS, lipœdème, SOPK, hEDS, TDAH, TSA — ces informations ont une valeur clinique pour orienter la prise en charge.
- **Vous n'êtes pas hypocondriaque**. Un bébé qui pleure des heures après chaque repas souffre. Que ce soit mesurable ou non, cette souffrance mérite une réponse.

---

*Avertissement : Cette note est un outil d'information, non une prescription médicale. Si votre nourrisson présente des pleurs intenses et persistants, consultez votre pédiatre. En cas de signes d'allergie grave, consultez en urgence.*