

Darmkrampen

Op basis van wetenschappelijke literatuur t/m april 2023



Inleiding

Darmkramp bij pasgeborenen, ook wel Infantile Colic (IC) genoemd, komt voor bij ongeveer 20% van de pasgeborenen. Onderliggende oorzaken zijn veelal nog onbekend. Pasgeborenen met een lage pH waarde in de navelstreng bloedgas ($\text{pH} \leq 7.20$) hebben vaker last van IC (51.5% vs. 25.4% $\text{p} < 0.001$).¹ Er zijn geen verschillen in geslacht, geboortegewicht of type voeding aangetoond.¹ Prematuriteit is wel geassocieerd met een verhoogd risico op het krijgen van gastro-intestinale aandoeningen vergeleken met op tijd geboren (58.9%; CI 53.2-64.5 vs. 41.9%; CI 38.0-45.9).² Pasgeborenen met IC blijken wel vaker blootgesteld te zijn aan antibiotica in de neonatale periode.¹⁻⁴

De symptomen van IC treden meestal op in de eerste drie weken van het leven en duren voort tot ongeveer 3 tot 4 maanden. Het huilen van een pasgeborene met IC wordt gekarakteriseerd als hoger in toonhoogte dan dat van een pasgeborene zonder IC. Er is daarnaast vaak sprake van een abnormaal huilpatroon. De criteria van Wessel¹ (de regel van drie) worden hierbij gehanteerd: onverklaarbaar, hevig huilen, meer dan drie uur per dag over meer dan drie dagen per week over een periode van ten minste drie weken, waarbij de pasgeborene goed gevoed is en verder gezond. Naast het abnormale huilpatroon uiten darmkrampen zich door regelmatig rood worden van het gezicht, optrekken van de benen, ophopingen van gas in het abdomen en flatulatie. De pasgeborenen met IC zijn vaak moeilijk te troosten.

Wetenschappelijke onderbouwing

Er is in de wetenschappelijke literatuur met name onderzoek gedaan naar niet farmacologische interventies om de symptomen van darmkrampen te bestrijden. Hieronder een overzicht van bestudeerde interventies

Voor gebruik van *probiotica* is geen overtuigend bewijs. *Lactobacillus reuteri* DSM, *Lactobacillus rhamnosus*, *Lactobacillus paracasei* en *Bifidobacterium animalis* blijken in studies weliswaar effectiever dan een placebo, de dagelijkse huiltijd wordt iets te verkort, maar niet statistisch significant.⁵ Probiotica (specifiek *Lactobacillus reuteri* DSM 17939) bij borst gevoede kinderen geeft een reductie tot 50% in de huiltijd. Bij pasgeborenen met kunstvoeding moet dit nog nader onderzocht worden.⁶ De resultaten van huidig onderzoek zijn inconsistent en statistisch niet significant maar kan wel gezien worden als mogelijk klinisch relevant

Dieetinterventies (op voorschrift arts): Indien de pasgeborenen borstvoeding krijgt, zou de moeder een hypoallergeen dieet voorgeschreven kunnen krijgen, voor de duur van 1 à 2 weken (op voorschrift arts). Bij flesgevoede pasgeborenen zou de standaard flesvoeding vervangen kunnen worden door hypoallergene (of gehydrolyseerde) flesvoeding voor een periode van 1 à 2 weken. Als de interventie effect heeft wordt deze voortgezet. Indien de interventie na de testperiode geen effect laat zien wordt deze gestopt.^{7,8}

Bij extreem ernstige darmkramp kan overwogen worden de borstvoeding te vervangen door hypoallergene (of gehydrolyseerde) flesvoeding. Nadeel van de hypoallergene flesvoeding is dat de voeding duurder is in aanschaf, minder goed smaakt en dat de borstvoeding gestopt moet worden.

Gedragsinterventies: Ouders steunen, geruststellen en goed voorlichten over de aard van de aandoening en de prognose van zelfherstel. Daarnaast wordt aangeraden de ouders te adviseren over mogelijke interventies als het vroeg reageren op huilen, reageren met zachte en kalme bewegingen, het vermijden van externe stimuli, een regelmatig dag ritme. De gedragsinterventie lijkt niet de symptomen van darmkrampen te verlichten, wel iets korte huiltijd maar de interventie heeft wel een gunstig effect op de ouder-kind relatie en op de reactie van de ouders op de pasgeborene.⁷⁻⁹

Overige Interventies: Daarnaast zijn er nog vele andere interventies onderzocht zoals simeticon (infacol), methylscopolamine, dicyclomine/dicycloverine (Merbentyl), maagzuurremmers, massage, dragen, simulator voor autorijden, manipulatieve therapie (chiropracter), Craniosacale therapie, reflexologie, homeopathische middelen (Gali-col Baby), flesvoeding op sojabasis, lactase supplement, koemelkvrij dieet voor lacterende moeder, kruidenthee (*Matricariae recutita* [kamille], *Foeniculum vulgare* [venkel], *Melissa officinalis* [citroen melisse], Verbena en zoethout.) Maar voor al die interventies geldt dat er geen bewijs voor effectiviteit van de interventie aangetoond kon worden, vanwege de (levensbedreigende) bijwerkingen of de studie te matig van opzet was om er waarde aan te hechten.

Aanbeveling

Op dit moment is er geen interventie aan te bevelen die voldoende onderzocht, effectief en veilig is.

Literatuur

1. Indrio F, Marchese F, Rinaldi M, et al. Is acedemia at birth a risk factor for functional gastrointestinal disorders, Eur J Pediatr. 2022;181(10):3625-33.
2. Salvatore S, Baldassarre ME, Di Mauro A, Laforgia N, Tafuri S, Bianchi FP, et al. Neonatal antibiotics and prematurity are associated with an increased risk of functional gastrointestinal disorders in the first year of life. J Pediatr 2019;212:44-51.
3. Kim Kamphorst , Berthe C Oosterloo , Arine M Vlieger , Ruurd M van Elburg. Neonatal antibiotics and infantile colic in term-born infants. J. Pediatr 2020;225:283-4.
4. Oosterloo BC, van Elburg RM, Rutten NB, Bunkers CM, Crijns CE, Meijssen CB, et al. Wheezing and infantile colic are associated with neonatal antibiotic treatment. Pediatr Allergy Immunol 2018;29:151-8.
5. Guan Ong TY, Gordon M, Banks S, Thomas MR, Akobeng AK. Probiotics to prevent infantile colic. Cochrane Databasae Syst rev. 2019 13;3(3): CD012473
6. Simonson J, Haglund K, Weber E, Fial A, Hanson L. Probiotics for the management of Infantile colic: A systematic review. Am J Matern Child Nurs 2021;46(2):88-96.
7. Wessel MA, Cobb JC, Jackson EB, Harris JR GS, Detwiler AC. Paroxysmal fussing in infancy, sometimes called 'Colic. Pediatrics 1954;14(5):421-36.
8. Savino F, Brondello C, Cresi F, Oggero R, Silvestro L. Cimetropium Bromide in the Treatment of Crisis in Infantile Colic. Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition 2002;34(4):417-9.
9. Gordon M, Gohil J, Banks S. Parent training programmes for managing infantile colic. Cochrane Database Syst Rev. 2019;12(12):CD012459