

Chapitre 20 - Item 281 - UE 8

Colopathie fonctionnelle - Syndrome de l'intestin irritable

- I. Épidémiologie
- II. Physiopathologie
- III. Clinique
- IV. Conduite diagnostique pratique
- V. Traitement
- VI. Conclusion

OBJECTIFS PEDAGOGIQUES

- Diagnostiquer un syndrome de l'intestin irritable.
- Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.

Le syndrome de l'intestin irritable (SII), désignation préférable à celle de colopathie fonctionnelle, est un des premiers motifs de consultation en gastroentérologie. Le SII se définit selon des critères cliniques régulièrement actualisés (critères de Rome III), par la coexistence de douleurs abdominales chroniques et troubles du transit (constipation, diarrhée, alternance des deux) fluctuants.

Cette affection n'engage pas le pronostic vital mais altère considérablement la qualité de vie des malades.

L'impact médico-économique du SII est important et largement sous-estimé avec des arrêts de travail, un absentéisme scolaire, une diminution de la productivité au travail. Le SII constitue donc, en dépit de sa bénignité, un problème de santé publique important mais encore mal reconnu.

I. Épidémiologie

La prévalence du SII dans la population générale varie de 10 à 15 % dans tous les pays du monde.

Un tiers des sujets atteints consultent un médecin pour ce motif avec une prédominance féminine (70 % de femmes). Le diagnostic est souvent porté entre 30 et 40 ans. Dans 5 à 20 % des cas, le SII apparaît au décours d'un épisode de gastroentérite aiguë (SII post-infectieux). Dans environ 30 % des cas, des symptômes fonctionnels identiques à ceux du SII persistent aux décours des poussées de maladies inflammatoires chroniques intestinales (MICI) alors qu'elles sont considérées en rémission (SII post-inflammatoire).

Il existe 3 phénotypes cliniques du SII, également représentés, avec constipation prédominante (SII-C), diarrhées prédominantes (SII-D) ou symptômes alternants (SII-A).

II. Physiopathologie

La physiopathologie du SII est multifactorielle et s'appuie sur un modèle bio-psycho-social avec des altérations à tous les étages de l'axe anatomique et fonctionnel « cerveau-intestin ».

A- Troubles de la motricité digestive

Des troubles de la motricité digestive ont été mis en évidence sur l'ensemble des segments du tube digestif chez l'homme. Des troubles moteurs ont été décrits au niveau de l'intestin grêle et du côlon. Au niveau de l'intestin grêle, ils concernent à la fois la motricité interdigestive et post-prandiale. Dans le côlon, ils s'observent surtout après la prise d'un repas (fig. 20.1 et 20.2).

20.2 Fig.

Contractions iléales de grande amplitude au cours du syndrome de l'intestin irritable.

Ce type de contractions peut être associé à la survenue de douleurs abdominales.

20.1 Fig.

Contractions jéjunales en salves au cours du syndrome de l'intestin irritable.

Ce type de contractions peut être associé à la survenue de douleurs abdominales.

Ils peuvent être déclenchés par l'alimentation et/ou le stress.

Ils sont inconstants et peu spécifiques du SII.

B- Troubles de la sensibilité digestive

Il existe une hypersensibilité viscérale chez au moins 60 % des malades.

Elle amène les malades à percevoir de façon pénible des phénomènes physiologiques normaux comme la distension intestinale induite par les gaz ou les contractions intestinales.

La sensibilité somatique est normale.

Plusieurs mécanismes sont éventuellement associés : sensibilisation des terminaisons sensibles de la paroi digestive, hyperexcitabilité des neurones de la corne postérieure de la moelle amplifiant les messages sensitifs d'origine digestive ou, trouble de l'intégration des messages sensitifs digestifs au niveau du système nerveux central, supra-spinal.

Les troubles de la sensibilité viscérale ne sont pas assez spécifiques pour différencier des malades atteints du SII des sujets sains.

C- Inflammation et microbiote

Un état inflammatoire qualifié de bas grade est volontiers mis en évidence par l'analyse histologique des biopsies de la muqueuse digestive. Cet infiltrat inflammatoire reste cependant inconstant et peu spécifique de la maladie ou d'un phénotype particulier de SII.

L'écosystème intestinal joue vraisemblablement un rôle dans la physiopathologie du SII. Des altérations qualitatives et quantitatives du microbiote pourraient augmenter la perméabilité de l'épithélium digestif et perpétuer la réponse inflammatoire muqueuse. De même, les altérations du microbiote pourraient augmenter la production de gaz digestifs en stimulant les processus de

fermentation. Une pullulation microbienne intestinale serait un peu plus fréquemment observée chez les malades atteints de SII, en particulier en cas de diarrhée prédominante (SII-D).

D- Influence des troubles psychologiques

Une forte prévalence des troubles psychologiques est observée chez les malades atteints de SII, surtout chez ceux qui consultent très régulièrement. D'autre part, une névrose d'angoisse ou phobique, un état dépressif, une histoire d'événements de vie douloureux (divorce, deuil, histoire d'abus sexuel qui est identifiée chez près des 30 % des malades), une exposition régulière à des événements stressants sont des facteurs associés à une plus grande sévérité des symptômes. Les troubles psychologiques, et plus généralement le stress, sont actuellement perçus comme des cofacteurs capables d'influencer la sévérité des symptômes du SII.

III. Clinique

La *douleur abdominale* est le principal symptôme du SII et le principal motif de consultation. Par définition, elle est :

- chronique, évoluant depuis au moins 3 mois (encadré 20.1 Encadré 20.1 Principaux éléments guidant l'indication de la coloscopie au cours du SII
- Antécédent familial de cancer ou d'adénomes colorectaux.
- Âge > 50 ans (en l'absence de coloscopie complète depuis l'installation des symptômes).
- Symptômes récents ou récemment modifiés.
- Résistance au traitement symptomatique.
- Présence de signes d'alarme :
 - hémorragie digestive patente ou latente (anémie hyposidérémique) ;
 - anomalies de l'examen clinique ;
 - amaigrissement.
- à type de spasme ;
- le plus souvent au niveau des fosses iliaques, droite et/ou surtout gauche ou de l'hypogastre (mais elle peut être épigastrique, se localiser dans l'un des deux hypochondres ou dessiner le cadre colique) ;
- souvent matinale (douleur « réveil matin ») ou post-prandiale ;
- absente la nuit ;
- intermittente, par crises de quelques heures à quelques jours ;
- soulagée par l'émission de gaz et/ou de selles ;
- augmentée par le stress ou une anxiété ;
- calmée par les périodes de repos, notamment les vacances ;
- parfois les malades décrivent une douleur plus diffuse, à type de brûlure, quasi continue, pouvant exister la nuit, même pendant le sommeil qui est généralement perturbé.

Le *ballonnement abdominal* est le second grand motif de consultation. Il s'agit soit d'une simple gêne qui rend pénible le port de vêtements ajustés, soit (au maximum) d'une tension permanente,

difficilement supportable. Il peut être amélioré de façon transitoire par l'émission de gaz et/ou de selles.

Les troubles du transit sont constants. Ils permettent de distinguer les 3 phénotypes du SII (SII-C, SII-D, SII-A).

Il s'agit soit :

- d'une constipation (< 3 selles/semaine) ;
- d'une diarrhée (plusieurs selles liquides, uniquement diurnes, souvent matinales et post-prandiales). Le besoin impérieux, la présence de résidus alimentaires, la survenue post-prandiale, sont les éléments caractérisant une diarrhée motrice.

Une alternance diarrhée-constipation est possible.

Il peut exister d'autres signes fonctionnels :

- signes digestifs hauts (pyrosis, pesanteur épigastrique, satiété précoce). Un reflux gastro-œsophagien (RGO) sans œsophagite est très souvent associé au SII (œsophage irritable) ; quand il coexiste avec un SII, le RGO altère d'avantage la qualité de vie ;
- et symptômes extradiigestifs (céphalées, myalgies, arthralgies, asthénie, bouffées de chaleur, pollakiurie, dyspareunie...). Des pathologies dermatologiques comme l'eczéma ou l'urticaire seraient plus fréquentes chez les malades ayant un SII-D et volontiers associées à un terrain atopique. La présence de symptômes extradiigestifs est le plus souvent associée à un SII plus sévère.

IV. Conduite diagnostique pratique

A- Importance de l'étape clinique

Le diagnostic est évoqué par l'interrogatoire, sur 3 arguments :

- existence de troubles digestifs chroniques ;
- absence d'altération de l'état général (en particulier absence d'amaigrissement) ;
- normalité de l'examen clinique.

La palpation abdominale peut réveiller la douleur, notamment au niveau des fosses iliaques. Un segment colique douloureux (« corde colique ») est parfois perceptible dans la région sigmoïdienne. La sensation pénible de ballonnement contraste avec un abdomen plat.

Outre les caractères des symptômes décrits ci-dessus, sont particulièrement évocateurs :

- l'intensité et le polymorphisme du tableau symptomatique contrastant avec l'absence de signe objectif à l'examen physique et l'absence de retentissement sur l'état général ;
- l'ancienneté des symptômes dont les caractères ne se sont guère modifiés ;
- le contexte psychologique (personnalité hypocondriaque, hystérique, anxieuse ou dépressive) ;
- l'influence du stress ou des événements sociaux et affectifs sur les symptômes.

B- Explorations complémentaires

Il n'y a pas de marqueur biologique ou morphologique du SII.

Les explorations complémentaires ont pour but d'éliminer toute autre cause susceptible d'expliquer les symptômes. La difficulté est d'arriver à éliminer certains diagnostics en évitant une cascade d'examen complémentaires et leur répétition. Des carnets de bord du transit permettant d'évaluer la fréquence et la consistance des selles sur 2 semaines peuvent être utiles pour différencier les phénotypes du SII quand l'interrogatoire n'est pas suffisant.

1. Examens biologiques

Les tests biologiques simples (numération-formule sanguine, protéine C-réactive) sont normaux, en cas d'anomalie des explorations morphologiques doivent être réalisées.

Chez les patients ayant une diarrhée prédominante ou des symptômes alternants, il faut réaliser :

- un examen parasitologique des selles ;
- un dosage de la TSH ;
- la recherche d'une maladie cœliaque par recherche d'anticorps antitransglutaminase.

2. Coloscopie

La coloscopie a pour but de dépister une lésion organique colique ou iléale terminale. Ses indications sont données dans l'encadré 20.1. En cas de diarrhée ou d'alternance de diarrhée et de constipation, des biopsies du côlon doivent être réalisées, même en l'absence de lésions endoscopiques, pour rechercher une colite microscopique. Une réaction inflammatoire muqueuse non spécifique est souvent mise en évidence chez les malades atteints de SII. Elle ne constitue pas un biomarqueur du SII.

Il est inutile de faire en première intention une coloscopie chez un sujet jeune (30 ans) sans antécédent familial d'affection intestinale lorsque le bilan biologique standard ne montre ni anomalie de la numération-formule sanguine ni syndrome inflammatoire.

3. Autres explorations

Une endoscopie digestive haute est justifiée en cas de :

- symptômes dyspeptiques (pesanteur épigastrique, sensation de digestion lente, nausées, satiété précoce, brûlures épigastriques) ;
- diarrhée pour faire des biopsies duodénales pour exclure une atrophie villositaire ou une parasitose (giardiose).

Une échographie abdominale n'est indiquée que lorsque les symptômes sont compatibles avec une affection biliaire, pancréatique ou rénale.

Des tests respiratoires au lactose ou au lactulose peuvent être utiles pour confirmer une intolérance au lactose ou identifier une pullulation microbienne intestinale. La pullulation microbienne serait un peu plus fréquente dans le SII que dans la population générale.

Les autres explorations ne doivent être entreprises qu'en présence de symptômes soulevant un diagnostic différentiel précis.

Au terme des explorations morphologiques (coloscopie et échographie abdominale le plus souvent), il est important d'éviter le piège d'attribuer les symptômes d'un SII à des affections organiques asymptomatiques comme une lithiase vésiculaire ou une diverticulose colique.

Enfin après un premier bilan, parfois exhaustif, normal, aucune exploration ne doit être répétée en l'absence de modification de l'expression symptomatique du SII.

V. Traitement

Il s'agit d'une étape souvent difficile, les guérisons ou les améliorations spectaculaires durables sont inhabituelles.

Une prise en charge personnalisée repose sur une bonne relation médecin-malade. Il est souhaitable d'aider le malade à comprendre l'origine des symptômes fonctionnels et de le rassurer. Une écoute attentive et bienveillante doit permettre d'identifier le ou les cofacteurs susceptibles d'aggraver les symptômes et/ou de perpétuer le SII (intolérances et/ou allergies alimentaires, facteurs psychologiques, gastroentérites, poussées de maladies inflammatoires chroniques intestinales, modifications du mode de vie). Le caractère fluctuant des symptômes et un fort effet placebo (voisin de 40 %) rendent difficile l'évaluation de nouveaux médicaments. En pratique clinique, si l'efficacité à court terme de certains médicaments se vérifie souvent, son maintien à long terme est plus aléatoire. Des approches non pharmacologiques comme certaines médecines alternatives peuvent être proposées avec des résultats qui doivent encore être précisés.

A- Moyens thérapeutiques

1. Médicaments à effet antalgique

a- Antispasmodiques

Ils demeurent le traitement de première intention même si les essais cliniques n'ont pas constamment observé une supériorité thérapeutique par rapport au placebo. Parmi les antispasmodiques, le citrate d'alvérine, la mébévérine, le bromure de pinavérium et la trimébutine sont supérieurs au placebo. Certains antispasmodiques sont associés à des anxiolytiques. Le phloroglucinol est surtout employé pour traiter les accès douloureux paroxystiques avec la recherche d'une dose minimale efficace. Comme l'efficacité des antispasmodiques diminue généralement avec le temps, il peut être utile de changer d'agent pharmacologique pour restaurer le bénéfice clinique.

b- Pansements gastro-intestinaux

Ils font partie des moyens médicamenteux possibles, même si leur efficacité réelle n'est pas clairement établie.

c- Médicaments agissant sur la sensibilité viscérale

Cette approche pharmacologique est prometteuse.

À ce jour, les antidépresseurs tricycliques et certains inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (escitalopram), à demi-doses, apportent chez certains malades un bénéfice réel, avec des effets secondaires limités. Il est important de prévenir les malades d'un délai d'environ 10–15 jours avant d'obtenir un résultat clinique. En France, les malades sont souvent peu enclins à la prise d'antidépresseurs pour une maladie réputée digestive. Il est important d'expliquer les bénéfices attendus sur les douleurs digestives par leur action sur des récepteurs centraux et périphériques.

2. Médicaments régularisant le transit

a- Laxatifs

Ils cherchent à favoriser le transit et/ou à ramollir les selles pour faciliter leur expulsion. Les laxatifs osmotiques à base de polyéthylène glycol (Forlax®, Movicol®, Transipeg®) ou de sucres (Duphalac®, Importal®) sont les plus employés. Cette dernière classe, comme les mucilagineux à base de gomme (Spagulax®, Transilane®), peut majorer la sensation de ballonnement abdominal.

b- Antidiarrhéiques

Il s'agit essentiellement d'opiacés synthétiques type lopéramide qui agissent en inhibant la motricité et en augmentant la capacité du tube digestif à stocker les liquides.

3. Traitement du ballonnement abdominal

Aucun médicament n'a fait la preuve de son efficacité sur ce symptôme. Les médicaments utilisés pour les douleurs abdominales peuvent être envisagés.

B- Utilité des régimes ?

Des conseils diététiques peuvent être hiérarchisés de la manière suivante au cours du SII.

- Les premières mesures visent à rappeler les règles diététiques simples (prendre des repas à heures fixes, limiter la caféine et les boissons alcoolisées, évaluation de la tolérance des fibres, graisses et du lactose). L'enrichissement de la ration en fibres améliore la constipation, sans modifier la douleur et risque d'augmenter le ballonnement abdominal. En règle générale, il faut recommander un régime le plus large possible afin d'éviter notamment un régime d'exclusion, trop strictement suivi par des malades obsessionnels et aboutissant à des troubles nutritionnels.
- Dans un deuxième temps, il peut être utile d'insister sur l'éviction des aliments identifiés comme des facteurs aggravants du SII sous réserve que l'alimentation reste diversifiée. Un régime pauvre en nutriments fermentescibles, les FODMAP (« fermentable oligo-, di-, et monosaccharides et polyols »), peut être utile pour limiter la sévérité des ballonnements et la production excessive de gaz quels que soient les phénotypes du SII. De même, un régime appauvri en gluten peut améliorer les patients avec diarrhée prédominante. Ces régimes doivent idéalement être expliqués et suivis par des diététiciens pour éviter la survenue de carences vitaminiques.
- La recherche d'allergie alimentaire, avec des régimes d'évictions spécifiques des nutriments pendant 3 à 4 mois et des tests de réintroduction peut être envisagée. Cependant ces tests sont souvent difficiles à mettre en œuvre et interpréter en pratique clinique.

C- Médicaments ou aliments agissant sur le microbiote

1. Probiotiques

Les probiotiques sont des micro-organismes qui lorsqu'ils sont ingérés vivants peuvent apporter un bénéfice clinique chez l'homme. Certains sont disponibles sans ordonnance en grandes surfaces, pharmacies ou sur Internet et ne sont pas remboursés par la Sécurité sociale. De manière globale, leur intérêt clinique reste modeste chez les malades atteints de SII. Une prescription de probiotiques peut être utile pour améliorer le confort digestif et les troubles du transit, leur choix doit être guidé par les publications d'essais randomisés dans le SII. À ce jour, il n'existe pas de recommandation précise pour guider leur prescription.

2. Antibiotiques

Certains antibiotiques actifs sur les bactéries à Gram négatif (métronidazole) peuvent être administrés quand une pullulation microbienne intestinale est documentée. Il n'est pas recommandé de prescrire des antibiotiques par voie générale au long cours dans le SII.

Certains antibiotiques non absorbés sont disponibles aux États-Unis et/ou dans certains pays de l'Union européenne (rifaximine). Ces antibiotiques dénués de passage systémique améliorent la sévérité globale des symptômes du SII.

D- Prise en charge psychologique et médecines alternatives

Dans cette maladie multifactorielle, où le système nerveux central joue un rôle important, notamment dans la genèse de l'hypersensibilité, cette approche ne peut être négligée. Des

entretiens avec un psychologue, la participation à un groupe de parole au sein de l'Association des patients souffrant du syndrome de l'intestin irritable (APSSII, fondée en 2011) permettent de verbaliser les difficultés émotionnelles et/ou affectives et de s'informer sur les nouveaux traitements. Le recours à un psychiatre peut être utile quand les symptômes psychologiques sont au premier plan et/ou résistent aux antidépresseurs.

L'hypnose, la relaxation, la sophrologie, l'acupuncture, la réflexologie, le yoga et l'ostéopathie sont des approches alternatives et complémentaires qui sont pour la plupart en cours d'évaluation. Leur bénéfice clinique a été documenté dans quelques études randomisées.

E- Indications thérapeutiques

L'important est d'écouter et de rassurer le patient, en lui faisant comprendre qu'il est cru malgré l'absence de données objectives et que ses symptômes (notamment sa douleur) sont perçus comme bien réels.

Les antispasmodiques et un traitement des troubles du transit associés à des mesures hygiéno-diététiques simples correspondent, pour l'instant, au schéma thérapeutique de première intention, qui peut être suffisant.

Chez les malades ayant des symptômes anciens, chez ceux exposés régulièrement à des stress psychologiques (notamment dans leur travail) et ceux ayant dans leur histoire des événements de vie majeurs douloureux, une prise en charge psychologique et le recours à des antidépresseurs ou des anxiolytiques sont alors nécessaires.

VI. Conclusion

La connaissance de la physiopathologie du SII a progressé, notamment avec l'exploration possible des voies de la sensibilité viscérale. La prise en charge actuelle repose sur la qualité de la relation médecin-malade et sur quelques médicaments réellement efficaces. Le développement de médicaments agissant sur la sensibilité viscérale et le recours à une prise en charge comportementale dans les cas les plus sévères de SII sont deux évolutions importantes.

POINTS CLEFS

- **Le « syndrome de l'intestin irritable » se caractérise par des douleurs abdominales chroniques associées à des troubles du transit (diarrhée, constipation ou alternance des deux) qui se majorent lors des poussées douloureuses.**
- **Les coûts directs (médicaments, consultations, examens complémentaires) et indirects (absentéisme) induits par les symptômes d'intestin irritable font de celui-ci un problème de santé publique.**
- **La physiopathologie du syndrome est multifactorielle mais elle est dominée par l'existence d'une hypersensibilité viscérale.**
- **Les troubles psychologiques jouent un rôle certain dans le vécu et l'entretien des symptômes. Un état anxieux ou dépressif, une exposition régulière à des événements stressants sont des facteurs significativement associés à une plus grande sévérité des symptômes et à une moins bonne réponse au traitement.**
- **En l'absence de marqueur morphologique ou biologique, le diagnostic de syndrome de l'intestin irritable demeure un diagnostic d'élimination.**

- **Le bilan diagnostique doit éviter la multiplication d'examens complémentaires dont le coût n'est pas négligeable.**
- **L'objectif principal du traitement est le soulagement de la douleur abdominale et l'amélioration de la qualité de vie.**
- **Antispasmodiques, pansements, antidépresseurs à faible dose sont les options thérapeutiques possibles actuelles pour atteindre cet objectif.**
- **Certains probiotiques sont des options thérapeutiques.**
- **Des alternatives thérapeutiques non médicamenteuses (relaxation, sophrologie, hypnose, acupuncture, ostéopathie) se discutent tout particulièrement chez les malades ayant des troubles de l'humeur et chez ceux chez qui la survenue des symptômes est en relation avec une exposition à des stress ou des événements de vie douloureux.**