

N° 229. Colopathie fonctionnelle.

Diagnostiquer une colopathie fonctionnelle
Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient

Introduction

- Motif de consultation fréquent en gastro entérologie.
- débutent vers trente ans
- plus fréquent chez la femme
- touchent 15 à 20% de la population, seul 10 à 15% consultent
- Les troubles fonctionnels digestifs regroupent la dyspepsie idiopathique et les troubles fonctionnels intestinaux.
- Il n'existe aucune anomalie anatomique digestive (macro ou microscopique).
- Ils seront volontiers associés à des troubles fonctionnels urinaires ou génitaux.

Dyspepsie idiopathique

- Ce terme est vague il traduit une dysfonctionnement du tube digestif supérieur. Ce symptôme peut être associé à une pathologie organique bilio pancréatique ou gastrique, lors qu'il ny à aucune lésion anatomique on parle de dyspepsie fonctionnelle.
- 1°) *physiopathologie*
 - augmentation de la sensibilité gastrique à la distension
 - retard de vidange gastrique.
 - Intervention probable de facteurs psychiques
 - Personnalité à tendance anxieuse ou dépressive
- 2°) *Clinique*
 - Manifestations polymorphes :
 - crampes
 - brûlures
 - rythmés ou non par les repas
 - périodiques ou non
 - pseudo ulcéreux
 - impression de mauvaise vidange gastrique
 - ballonnements post prandiaux
 - lourdeur post prandiale
 - nausées vomissements
 - éructation aérophagie
 - Mais pas d'altération de l'état général, examen clinique normal.

Dyspepsie idiopathique

- 3°) *Paraclinique*
 - Les explorations ont pour but d'éliminer une pathologie organique
 - Gastrosopie normale
 - HP un peu plus fréquent que dans la population générale
 - Echographie hépatobiliaire normale, la découverte d'une lithiase non compliqué (pas de clinique de colique hépatique, biologie normale) n'explique pas la symptomatologie.
 - Biologie normal
 - Pas de syndrome inflammatoire
 - Pas d'anémie
 - Bilan bilio pancréatique normal
 - L'étude scintigraphique de la vidange gastrique ne sera que rarement nécessaire



Dyspepsie idiopathique

- 4^o) traitement
- Le traitement est uniquement symptomatique :
- douleurs : anti H2, IPP, ou anti acides (phosphalugel 1 à 2 cp X 3 / j ou 1 à 2 cuillères à soupe X 3 /j, maalox gelox)
- digestion lente, vidange incomplète
 - conseil : bien mastiquer, repas pris lentement
 - prokinétiques : accélèrent la vidange gastrique, renforce le tonus du SIO
 - métoclopramide PRIMPERAN®
 - domperidone MOTILIUM®
 - cisapride PREPULSID®
- éructation et aérophagie
 - prokinétiques

Troubles fonctionnels intestinaux

- Ils réunissent un ensemble de symptômes digestifs
 - diarrhée
 - douleur
 - constipation
- Successifs ou associées, d'évolution chronique sans altération de l'état général.

TFI : Physiopath

- Celle-ci n'est pas totalement élucidée, plusieurs éléments participent à la genèse des troubles
- troubles de la motricité digestive
 - manométrie :
 - hyper activité contraction segmentaire recto sigmoïdienne = constipation
 - diminution de ces contractions = diarrhée
 - atonie colique = constipation de transit
 - Constipation terminale
 - élévation du seuil de perception rectale à la distension
 - Hypertonie SI
 - Anisme
 - EMG ondes lentes
- Troubles de la sensibilité digestive
 - La distension d'un ballonnet
 - Douleur provoquées par des volumes plus faibles / témoins
 - Charnière recto sigmoïdienne
 - Grêle
 - Mauvaise tolérance à l'insufflation
- Facteurs alimentaires
 - Intolérance au lactose
 - Mets fermentescibles peuvent accentuer ballonnements
- Facteurs bactériens
 - Non démontrés
- Facteurs hormonaux
 - Peuvent être rythmés par les événements de la vie génitale
- Facteurs psychiques

TFI clinique

- L'état général est conservé
 - pas d'anorexie
 - pas amaigrissement
 - pas d'asthénie
 - pas de fièvre
- a) les douleurs :
 - siège variable
 - volontiers diffuse, pouvant être localisée
 - peuvent suivre le cadre colique
 - intensité légère à modérée
 - pouvant être associée à des renforcements paroxystiques
 - rythmées par les repas
 - soulagées par l'émission de gaz et des selles
 - les irradiations peuvent être multiples et diverses
 - A type de crampes de spasme de torsion
 - Aggravées par le stress, la fatigue, l'activité physique, l'anxiété
 - Améliorée par le repos les vacances la détente



TFI clinique

- **b) constipation**
 - Emission de moins de trois selles par semaine
 - Ou sensation de subjective d'inconfort digestif liée à l'émission insatisfaisante des selles
 - Elimination de syballes
 - Selles dures, sensation d'évacuation incomplète
- **c) diarrhée**
 - alternant avec la constipation : évoquer fausse diarrhée de constipation
 - diarrhée hydro électrolytique
 - pas de glaire pas de sang
 - faite d'un à deux selles moles par jours mais parfois plus invalidante
 - peut disparaître lors d'une hospitalisation
- **d) Ballonnement et gaz**
 - survient dans la journée
 - volontiers dès les premières bouchées d'un repas
 - le malade déboutonne sa ceinture
 - difficulté à expulser les gaz
 - soulagement lors de l'expulsion de cas gaz

TFI critère de Rome

- Ces éléments permettent d'évoquer le diagnostic de trouble fonctionnel digestif qui peut être défini par les critères de Rome.
- Critères diagnostiques selon Conférence de Consensus Rome II (1999)
- Douleurs ou inconfort abdominal pendant 12 semaines durant les 12 derniers mois associé à 2 des 3 critères suivants lors de l'apparition des symptômes
 - soulagement de la plainte par la défécation
 - symptômes associés à un changement de fréquence des selles
 - symptômes associés à un changement de forme, consistance, apparence des selles
- Critères qui consolident le diagnostic:
 - fréquence anormale des selles
 - a) 3/semaine
 - b) >3/jour
 - forme des selles anormales
 - a) dure/bosselée
 - b) défilante/liquide
 - exonération anormale
 - a) poussée excessive
 - b) urgence
 - c) sensation d'évacuation incomplète
- présence de mucus blanc sur les selles
- ballonnements ou sensation de distension abdominale
- *Intestin irritable à prédominance de diarrhées*: 1b, 2b, 3b et non 1a, 2a, 3a
- *Intestin irritable à prédominance de constipation*: 1a, 2a, 3a et non 1b, 2b, 3b
- Aucun critère absolument fiable. Sensibilité et spécificité environ 70-80%.

TFI examen clinique

- L'examen abdominal est sub normal
- Les BHA restent présent
 - Le ventre est souple dépressible
 - Il n'y pas d'organomégalie
 - Pas d'épanchement liquidien intra abdominal
 - Les orifices herniaires sont libres
 - Le TR est indolore, il peut mettre en évidence des matières dans le rectum lors de constipation
 - La palpation peut trouver un abdomen sensible dans son ensemble ou le long du cadre colique
 - Le diagnostic est surtout un diagnostic d'élimination, il pourra être posé après avoir éliminer les pathologies organiques graves.

TFI paraclinique

- Le bilan minimum a avoir en sa disposition est biologique
 - recherche une anémie
 - recherche un syndrome inflammatoire
- La réalisation d'un examen endoscopique est nécessaire après 50 ans, (pour certain dès quarante ans).
- Certain éléments cliniques justifions des explorations complémentaires car ils sont incompatibles avec le diagnostic de trouble fonctionnel:
 - trouble progressif, très sévère ou non fluctuant
 - symptômes nocturnes réveillant le patient (douleurs ou diarrhées)
 - diarrhée quotidienne persistante
 - rectorragie et/ou anémie
 - perte pondérale inexpliquée
 - vomissements récidivants
 - histoire familiale de Cancer colique
 - fièvre
 - anomalie à l'examen clinique TR compris



TFI paraclinique

- Les explorations paracliniques sont guidées par la clinique
- devant des douleurs on peut être amené à compléter l'imagerie
 - examen d'échographie
 - tomodensitométrie abdominale
- devant une constipation on recherche à éliminer
 - une cause générale
 - endocrinienne : TSH Ca++ K+
 - TTM, manométrie défécographie
 - Maladie de Hirschsprung adulte
 - Agénésie congénitale des plexus myentériques
 - Constipation opiniâtre
 - Lavement baryté : modification de calibre
 - Perte du RRAI
 - Biopsie rectale profonde : agénésie ganglionnaire
- Devant une diarrhée
 - Hyperthyroïdie
 - Recherche une malabsorption
 - Examen copro parasitologique des selles
 - Recherche une tumeur neuro endocrine

TFI traitement

- Relation médecin / malade.
 - Convaincre de la bénignité
 - Tenir compte des difficultés sociales, professionnelle affectives

TFI traitement

- Conseil diététiques
 - Constipé
 - Apport de fibre
 - Apport progressif
 - Risque gaz ballonnement
 - Hydratation abondante
 - Ex ALL BRAN 5 à 6 cuillère à soupe
 - Pouvoir osmotique
 - Augmentep poids et nombre des selles
 - Diarrhée
 - Intolérance au lactose?
 - Gaz et ballonnement
 - Supression aliments fermentiscibles

TFI traitement

- Douleur
 - Antispasmodiques
 - Trimebutine DEBRIDAT®
 - Phloroglucinol SPASFON®
 - Antispasmodiques et anxiolytiques
 - LIBRAX bromure de clidinium chlodiazepoxide
 - VESADOL



TFI traitement

- Laxatifs
 - Mucilages
 - Augmente la masse fécale
 - Accélèrent le transit
 - Graines ispaghul SPAGULAX
 - Mucilage et absorbant
 - Gomme de karaya PVProlidone POLYKARAYA
 - Huile de paraffine
 - Lubrifiant
 - Lactulose
 - Sucre non digéré
 - Dégarde en acide et gaz
 - Acidification augmente hydratation
 - Flatulence
 - PEG
 - Pouvoir osmotique (transipeg)
 - Hydrate le bol fécal

TFI traitement

- Suppositoire à dégagement gazeux

TFI traitement

- Diarrhée
 - Absorbants
 - Bedelix®
 - Smecta®
 - Gaz
 - Charbons carbozylane®

