

Item 229 : Colopathie fonctionnelle

Date de création du document 2008-2009

Table des matières

* Introduction	1
1 Epidémiologie.....	1
2 Physiopathologie.....	2
2 . 1 Les troubles de la motricité digestive.....	1
2 . 2 Les troubles de la sensibilité.....	1
2 . 3 Inflammation et flore.....	1
2 . 4 Influence des troubles psychologiques.....	1
3 Clinique.....	3
4 Conduite diagnostique pratique.....	4
4 . 1 Importance de l'étape clinique.....	1
4 . 2 Explorations complémentaires.....	1
5 Traitement.....	5
5 . 1 Moyens thérapeutiques médicamenteux.....	1
5 . 2 Médicaments à effet antalgique.....	1
5 . 3 Utilité d'un régime ?.....	1
5 . 4 Médicaments agissant sur la flore.....	1
5 . 5 Prise en charge psychologique.....	1
5 . 6 Indications thérapeutiques.....	1
* Conclusion	6

OBJECTIFS

ENC :

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

INTRODUCTION

La colopathie fonctionnelle, encore appelée trouble fonctionnel intestinal (Trouble fonctionnel intestina) ou surtout syndrome de l'intestin irritable (Syndrome de l'intestin irritable), est une affection fréquente qui se définit par la coexistence de douleurs abdominales chroniques et de troubles du transit (constipation, diarrhée, alternance des deux) qui se majorent lors des poussées douloureuses.

Si cette affection n'engage pas le pronostic vital, elle altère significativement et de façon chronique la qualité de vie des malades qui en souffrent. De ce fait, les symptômes de SII sont un motif très fréquent de consultations et ont un retentissement économique certain (absentéisme, examens complémentaires, médicaments). Le SII constitue donc, en dépit de sa bénignité, un véritable problème de santé publique.

Des progrès récents sont intervenus dans la compréhension de la physiopathologie des symptômes ouvrant de nouvelles perspectives thérapeutiques.

I EPIDÉMIOLOGIE

La prévalence du SII dans la population générale varie en fonction des critères de définition qui sont adoptés. Environ 15 % des sujets interrogés au sein de la population générale se plaignent de SII et un tiers d'entre eux consultent un médecin pour ce motif. La prépondérance féminine de l'affection est bien établie avec un sex ratio d'environ 2 à 3 : 1. Le diagnostic est porté en général entre 30 et 40 ans mais l'âge réel de début des symptômes est habituellement plus précoce. Un début plus tardif de la symptomatologie, vers 50-60 ans, est plus rare. Dans 1 à 2 cas sur 10, le SII apparaît au décours d'un épisode de gastroentérite aiguë.

II PHYSIOPATHOLOGIE

La conception physiopathologique actuelle du SII est celle d'une maladie multifactorielle qui implique des perturbations de la motricité et des troubles de la sensibilité digestive pouvant être favorisés par un état inflammatoire intestinal **a minima**, des facteurs endoluminaux (flore bactérienne, nutriments) et enfin des facteurs psychologiques qui modulent l'expression clinique des troubles sensitifs et/ou moteurs ainsi que leur vécu et qui conditionnent l'importance du recours aux soins.

II.1 LES TROUBLES DE LA MOTRICITÉ DIGESTIVE

Des troubles moteurs ont été décrits au niveau de l'intestin grêle et du côlon avec parfois une coïncidence entre anomalies motrices et symptômes. La description de troubles non limités au côlon a rendu la terminologie « colopathie fonctionnelle » impropre et explique l'introduction du terme « syndrome de l'intestin irritable ».

Au niveau de l'intestin grêle, les troubles de la motricité concernent à la fois la motricité inter-digestive et post-prandiale. Ces troubles ont été surtout observés chez les malades diarrhéiques. Des phases III du complexe moteur migrant plus nombreuses et plus souvent propagées jusque dans l'iléon, des salves de contractions rythmiques (**fig. 20.1**) et des contractions iléales de grande amplitude (**fig. 20.2**) ont été décrites.

Dans le côlon, les perturbations motrices s'observent surtout après la prise d'un repas. Certains patients atteints de SII, en particulier les diarrhéiques, ont une réponse motrice recto-sigmoïdienne à l'alimentation plus marquée et/ou anormalement prolongée.

Avec l'alimentation, le stress est un second facteur identifié pouvant déclencher des troubles de motricité.

Les troubles de la motricité digestive ne peuvent résumer la physiopathologie du SII. Leur présence est inconstante tout comme leur coïncidence avec les symptômes, notamment les douleurs abdominales. De plus, les médicaments destinés à corriger ces troubles moteurs peuvent améliorer les troubles du transit mais ont une efficacité inconstante sur les douleurs abdominales.

Fig. 20.1. Contractions jéjunales en salves au cours du syndrome de l'intestin irritable.

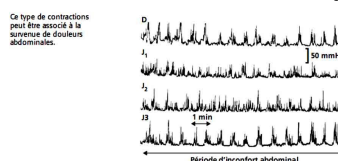
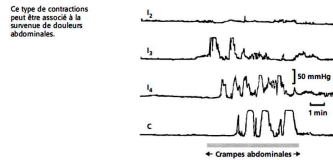


Fig. 20.2. Contractions iléales de grande amplitude au cours du syndrome de l'intestin irritable.



II.2 LES TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ

L'accent a été mis récemment sur les troubles de la sensibilité viscérale. Il s'agit avant tout d'une hypersensibilité viscérale qui affecte au moins 60 % des malades, surtout ceux souffrant d'une forme diarrhéique.

Cette hypersensibilité amène les malades à percevoir de façon pénible des phénomènes physiologiques normaux comme la distension intestinale par les gaz ou des contractions intestinales. Il s'agit d'une altération spécifique de la sensibilité viscérale car la sensibilité somatique est normale au cours du SII.

L'origine de l'hypersensibilité demeure mal comprise. Plusieurs mécanismes, éventuellement associés sont envisagés : 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, comme le suggèrent les nouvelles techniques d'imagerie cérébrale fonctionnelle, trouble de l'intégration des messages sensitifs digestifs au niveau du système nerveux central, supra spinal.

II.3 INFLAMMATION ET FLORE

L'écosystème intestinal joue très vraisemblablement un rôle dans les troubles du transit et dans le déclenchement et l'entretien de la douleur abdominale.

L'écosystème intestinal normal est composé d'une flore dominante et d'une flore de passage, transitoire, d'origine exogène. La flore intestinale joue un rôle dans la motricité et la sensibilité digestives. Elle exerce également une activité catabolique vis-à-vis de nombreux substrats d'origine exo- ou endogène et favorise la production de gaz et d'acides gras à chaînes courtes par des processus de fermentation colique. Acides gras à chaînes courtes et gaz intra-luminaux modulent la motricité digestive, notamment iléo-colique, et influencent directement le fonctionnement des cellules épithéliales et immunitaires intestinales.

II.4 INFLUENCE DES TROUBLES PSYCHOLOGIQUES

Les aspects psychologiques du SII ne peuvent être oubliés même si la prévalence des troubles psychiatriques au cours du SII reste débattue. Cette prévalence est supérieure à celle de la population générale dans le groupe des patients atteints d'un SII qui consultent très régulièrement. D'autre part, une névrose d'angoisse ou phobique, un état dépressif, une histoire d'évènements 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 significativement associés à une plus grande sévérité des symptômes et à une moins bonne réponse au traitement.

III CLINIQUE

La **douleur** est le maître symptôme du SII et le principal motif de consultation, avec le ballonnement abdominal. Par définition, elle est chronique et évolue depuis au moins 3 mois (**tableau 20.I**). Classiquement à type de spasme, elle siège le plus souvent au niveau des fosses iliaques, droite et/ou surtout gauche ou de l'hypogastre. Elle peut être aussi de topographie épigastrique, se localiser dans l'un des deux hypochondres ou dessiner le cadre colique. La douleur est souvent matinale (douleur « réveil matin ») ou post-prandiale et disparaît la nuit. Son évolution est intermittente, par crises de quelques heures à quelques jours. Elle est habituellement soulagée par l'émission de gaz et/ou de selles, augmentée par le stress ou une anxiété et elle est calmée par les périodes de repos, notamment les vacances. Dans d'autres cas, les malades décrivent une douleur plus diffuse, en général à type de brûlure, quasi continue, pouvant exister la nuit même pendant le sommeil qui est généralement perturbé.

Le second grand motif de consultation est le **ballonnement abdominal** qui est parfois difficile à différencier d'une douleur. Ce ballonnement peut être une simple gêne qui rend pénible le port de vêtements ajustés, en particulier après les repas. Au maximum, il s'agit d'une tension permanente, difficilement supportable. Comme la douleur, le ballonnement peut être amélioré de façon transitoire par l'émission de gaz et/ou de selles.

Les troubles du transit sont constants. La constipation, définie par un nombre de selles hebdomadaires inférieur à 3, est la plus habituelle. Elle peut être entrecoupée de selles liquides évocatrices d'une fausse diarrhée car précédées par l'émission de scyballes, « bouchon » de selles dures. La diarrhée est faite de plusieurs selles liquides, uniquement diurnes, souvent matinales et postprandiales. Le besoin impérieux et la présence de résidus alimentaires, notamment végétaux, sont deux éléments qui, avec la survenue post-prandiale, caractérisent une diarrhée de type moteur. Une alternance diarrhée-constipation est également possible.

La symptomatologie fonctionnelle peut s'enrichir de signes digestifs hauts (pyrosis, pesanteur épigastrique, satiété précoce) et de symptômes extra-digestifs (céphalées, myalgies, asthénie, bouffées de chaleur, pollakiurie...).

IV CONDUITE DIAGNOSTIQUE PRATIQUE

IV.1 IMPORTANCE DE L'ÉTAPE CLINIQUE

La clinique et notamment l'interrogatoire jouent un rôle important pour le diagnostic de SII qui est évoqué sur 3 arguments : existence de troubles digestifs chroniques, absence d'altération de l'état général (en particulier absence d'amaigrissement) et normalité de l'examen clinique.

L'examen clinique est pauvre. 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 le début remonte parfois à l'enfance, et dont les caractères ne se sont guère modifiés ;
- le contexte psychologique (personnalité hypochondriaque, hystérique, anxieuse ou dépressive) ;
- l'influence du stress ou des événements sociaux et affectifs sur les symptômes.

IV.2 EXPLORATIONS COMPLÉMENTAIRES

Le diagnostic de SII ne peut être étayé par aucun marqueur morphologique ou biologique. Ce diagnostic reste donc un diagnostic d'élimination. Les explorations complémentaires ont pour but d'éliminer toute autre cause susceptible d'expliquer les symptômes. La difficulté du clinicien est d'arriver à éliminer certains diagnostics en évitant une cascade d'examens complémentaires et leur répétition. Leur coût n'est pas négligeable et ils entretiennent l'importante demande de soins de la part de malades souvent très anxieux.

1. Examens biologiques

Les tests biologiques simples (numération et formule sanguines, C réactive protéine) peuvent être utiles pour aider à la décision de réaliser ou non des explorations morphologiques. Un examen parasitologique des selles, réalisé sur 3 jours non consécutifs, est également pertinent dans le cadre d'un premier bilan des symptômes.

Un dosage de la Thyrotropin stimulating hormone, Thyréostimuline est indiqué en cas de diarrhée. La recherche d'une maladie cœliaque (anticorps anti-transglutaminase, anti-endomysium) se discute surtout chez les malades diarrhéiques.

2. Coloscopie

La coloscopie a pour but de dépister une lésion organique colique ou iléale terminale. Elle doit être préférée au lavement baryté, moins sensible, qui est réservé aux échecs de la coloscopie complète. Ses indications sont données dans le **tableau 20.I**. En cas de diarrhée, des biopsies du côlon doivent être réalisées, même en l'absence de lésions endoscopiques, pour rechercher une colite microscopique.

Il est inutile de faire en première intention une coloscopie chez un sujet jeune (20-30 ans) sans antécédent familial d'affection intestinale lorsque le bilan biologique standard ne montre ni anomalie de la numération et de la formule sanguine ni syndrome inflammatoire.

3. Autres explorations

Une endoscopie digestive haute est justifiée en présence de symptômes dyspeptiques (pesanteur épigastrique, sensation de digestion lente, nausées, satiété précoce, brûlures épigastriques). Dans certains cas de diarrhée chronique, cet examen permet de faire des biopsies duodénales pour exclure une atrophie villositaire.

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

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 lésions organiques asymptomatiques, comme une lithiase vésiculaire asymptomatique 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.

Tableau 20.I. Principaux éléments guidant l'indication de la coloscopie au cours du SII.

Antécédent familial de cancer ou d'adénomes colo-rectaux 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
--

V TRAITEMENT

V.1 MOYENS THÉRAPEUTIQUES MÉDICAMENTEUX

Il s'agit d'une étape souvent décevante pour le clinicien et surtout pour le malade ! Les moyens thérapeutiques sont médicamenteux ou non. Les guérisons ou les améliorations spectaculaires durables sont inhabituelles. Faute de traitement curatif, le seul but de la prise en charge consiste à améliorer le confort somatique (avant tout diminuer la douleur) et psychologique. Le caractère fluctuant des symptômes et un fort effet placebo (voisin de 40 %) rendent difficile l'appréciation de l'efficacité des médicaments, que seuls des essais thérapeutiques randomisés contre placebo et en double aveugle peuvent évaluer.

En pratique clinique, si l'efficacité à court terme de certains médicaments se vérifie souvent, son maintien à long terme est plus aléatoire. La meilleure thérapeutique reste finalement l'écoute du patient et une discussion renouvelée lors des consultations, l'amenant à comprendre l'origine de ses symptômes.

V.2 MÉDICAMENTS À EFFET ANTALGIQUE

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, la mébévérine, le bromure de pinavérium et la trimébutine se sont révélés 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.

Pansements gastro-intestinaux

Ils font partie des moyens médicamenteux possibles même si leur efficacité réelle demande à être confirmée.

Médicaments agissant sur la sensibilité viscérale

Cette approche pharmacologique est la plus récente et la plus prometteuse, depuis la démonstration d'une hypersensibilité viscérale chez plus de 50 % des malades souffrant d'un SII.

L'utilisation d'antidépresseurs tricycliques, à faibles doses, apporte chez certains malades un bénéfice réel, avec des effets secondaires limités. L'effet symptomatique des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine demeure peu documenté.

1. Médicaments régularisant le transit

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.

Anti-diarrhéiques

Il s'agit essentiellement d'opiacés synthétiques type loperamide (Arestal, Imodium) qui agissent en inhibant la motricité et en augmentant la capacité du tube digestif à stocker les liquides.

2. Traitement du ballonnement abdominal

Aucun médicament n'a fait la preuve de son efficacité sur ce symptôme. Un essai thérapeutique peut être fait avec des médicaments contenant des agents comme le charbon ou le polysilane, non toxiques et peu onéreux.

V.3 UTILITÉ D'UN RÉGIME ?

Il n'existe aucun argument formel pour proposer d'exclure tel ou tel type d'aliment pour soulager les symptômes. L'enrichissement en fibres a comme seul effet d'améliorer une constipation, sans modifier la douleur. Aux doses efficaces (15 g de fibres par jour), cet enrichissement peut avoir des effets délétères très nets avec une majoration du ballonnement abdominal. Il convient donc d'être prudent dans les recommandations diététiques et encourager 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.

V.4 MÉDICAMENTS AGISSANT SUR LA FLORE

Cette option thérapeutique est en cours d'évaluation. Le recours à des probiotiques est une piste actuelle dont l'intérêt demande à être confirmé. L'utilité de proposer un traitement antibiotique à certains malades est très débattue.

V.5 PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE

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. Ses résultats sont très mal évalués mais quelques essais suggèrent qu'elle pourrait augmenter le nombre de malades améliorés par le traitement médicamenteux. L'hypnose, la relaxation, la sophrologie, des entretiens avec un(e) psychologue, la participation à un groupe de parole pour verbaliser les difficultés émotionnelles et/ou affectives, sont autant d'alternatives.

Des anxiolytiques ou des antidépresseurs, à doses faibles peuvent être utiles pour leurs effets psychologiques cette fois et non antalgiques.

V.6 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 correspondent, pour l'instant, au schéma thérapeutique de première intention, qui peut être suffisant. L'arrivée des médicaments à action sensitive viscérale pourra modifier cet état de fait.

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, ce traitement de première intention est transitoirement efficace. Chez de tels malades, chez qui la symptomatologie correspond souvent à une demande d'aide pour un important mal de vivre, une prise en charge psychologique et le recours à des antidépresseurs ou des anxiolytiques, sont alors nécessaires.

(Recommandation : (1) PICHE T. DAPOIGNY M. et al. Recommendations for the clinical management and treatment of chronic constipation in adults. Gastroentérologie Clinique et Biologique [en ligne]. Février 2007, Vol. 31(2), 125-35 p.) (1) Recommendations for the clinical management and treatment of chronic constipation in adults.

(Recommandation : (2) American College of Gastroenterology IBS Task Force. An Evidence-

Based Position Statement on the Management of Irritable Bowel Syndrome. The American Journal of Gastroenterology [en ligne]. January 2009, Vol. 104, Issue S1-S35.) (2) An Evidence-Based Position Statement on the Management of Irritable Bowel Syndrome.

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 du SII 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.

VI ANNEXES

RECOMMANDATION

- (1) PICHE T. DAPOIGNY M. et al. Recommendations for the clinical management and treatment of chronic constipation in adults. Gastroentérologie Clinique et Biologique [en ligne]. Février 2007, Vol. 31(2), 125-35 p. : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17347618>
- (2) American College of Gastroenterology IBS Task Force. An Evidence-Based Position Statement on the Management of Irritable Bowel Syndrome. The American Journal of Gastroenterology [en ligne]. January 2009, Vol. 104, Issue S1-S35. : <http://www.nature.com/ajg/journal/v104/n1s/index.html>

ABRÉVIATIONS

- SII : Syndrome de l'intestin irritable
- TFI : Trouble fonctionnel intestina
- TSH : Thyrotropin stimulating hormone, Thyréostimuline