

Syndrome de l'intestin irritable : Une approche globale

juin 2009



Reviewers

Prof. Eamonn Quigley (Président, Ireland)
Prof. Michael Fried (Suisse)
Prof. K.A. Gwee (Singapore)
Prof. C. Olano (Uruguay)
Prof. F. Guarner (Espagne)
Prof. I. Khalif (Russie)
Prof. P. Hungin (Royaumes Unies)
Prof. G. Lindberg (Suède)
Prof. Z. Abbas (Pakistan)
Prof. L. Bustos Fernandez (Argentine)
Prof. F. Mearin (Espagne)
Prof. S.J. Bhatia (Inde)
Prof. P.J. Hu (Chine)
Prof. M. Schmulson (Mexique)
Drs. J.H. Krabshuis (France)
Drs. A.W. Le Mair (Pays Bas)

Table des matières

| | |
|---|--------------|
| 1 | Introduction |
| 2 | Diagnostic |

- 3 Evaluation du syndrome de l'intestin irritable
- 4 Traitement du syndrome de l'intestin irritable

1 Introduction

Définition. Le syndrome de l'intestin irritable (SII) est un trouble fonctionnel intestinal dans lequel des douleurs abdominales ou un inconfort digestif sont associés à la défécation ou à une modification de la fréquence des selles. Un ballonnement, une distension abdominale et des troubles du transit intestinal sont également fréquemment associés. (Dans plusieurs langues, les termes « ballonnement » et « distension abdominale » sont équivalents)

Le syndrome de l'intestin irritable (SII) est un trouble fonctionnel récidivant, défini par des critères diagnostiques basés sur des symptômes et sur l'absence d'une cause organique démontrable. Les symptômes ne sont pas spécifiques du syndrome de l'intestin irritable puisqu'ils peuvent également être ressentis occasionnellement par tout un chacun. Pour distinguer le syndrome de l'intestin irritable des troubles intestinaux passagers, les experts ont souligné le caractère chronique et récidivant de l'intestin irritable et ont proposé des critères diagnostiques basés sur la fréquence de survenue des symptômes (cf. la section Diagnostic ci-dessous).

Le syndrome de l'intestin irritable présente quelques caractéristiques :

- Il n'est pas associé à un risque accru de développer un cancer ou une maladie inflammatoire chronique intestinale ; il ne comporte pas une mortalité augmentée.
- Les coûts directs ou indirects pour la santé engendrés par le syndrome de l'intestin irritable sont considérables.
- Aucun substrat pathophysiologique n'a été démontré à ce jour.
- Un passage ou un chevauchement du syndrome de l'intestin irritable vers d'autres troubles gastro-intestinaux tels maladie de reflux gastro-oesophagien, dyspepsie, constipation fonctionnelle peut se produire.
- Le syndrome de l'intestin irritable engendre habituellement des symptômes à long terme :
 - Les symptômes peuvent survenir de manière épisodique.
 - Ils peuvent être variables et être en rapport avec la prise de nourriture.
 - Ils peuvent perturber la vie quotidienne et les activités sociales des patients.
 - Ils peuvent parfois se développer à la suite d'une infection intestinale sévère, ou être précipités par des événements de la vie ou des périodes de stress considérable.

En général, le syndrome de l'intestin irritable n'est pas reconnu ; beaucoup de patients souffrant du syndrome de l'intestin irritable ne consultent pas de médecin et un diagnostic formel n'est ainsi pas établi. Le syndrome de l'intestin irritable génère des coûts de santé directs et indirects considérables.

Sous-groupes de syndrome de l'intestin irritable

Selon les critères de Rome III et sur la base des caractéristiques des selles du patient, on distingue :

- Syndrome de l'intestin irritable avec diarrhée (DSII)
 - Selles défaites >25% du temps et selles dures <25% du temps
 - Présent jusqu'à un tiers des cas
 - Plus fréquent chez les hommes

- Syndrome de l'intestin irritable avec constipation (CSII)
 - Selles dures >25% du temps et selles molles <25% du temps
 - Représente jusqu'à un tiers des cas
 - Plus fréquent chez les femmes

- Syndrome de l'intestin irritable avec alternance de diarrhée et de constipation (MSII)
 - Selles dures et molles >25% du temps
 - Représente un tiers à la moitié des cas.

Il est cependant important de se souvenir que dans le syndrome de l'intestin irritable:

- Les patients passent souvent d'un sous-groupe à l'autre.
- Les symptômes tels diarrhée ou constipation sont souvent mal interprétés par les patients. De ce fait, beaucoup de patients qui se plaignent de « diarrhée », font référence au passage fréquent de selles formées ; dans la même population de patients, le terme « constipation » peut signifier un parmi la variété de symptômes associés avec une tentative de défécation et pas seulement à l'émission peu fréquente de selles.

Pour des raisons cliniques, d'autres classifications du syndrome de l'intestin irritable peuvent être utilisées :

- Basées sur les symptômes :
 - Syndrome de l'intestin irritable dans lequel prédomine une dysfonction intestinale
 - Syndrome de l'intestin irritable dans lequel la douleur prédomine
 - Syndrome de l'intestin irritable dans lequel le ballonnement prédomine

- Basées sur les facteurs précipitant :
 - Syndrome de l'intestin irritable post infectieux
 - Syndrome de l'intestin irritable lié à l'alimentation (prise de nourriture)
 - Syndrome de l'intestin irritable lié au stress.

Cependant, à l'exception du syndrome de l'intestin irritable post infectieux, qui est bien défini, la pertinence de ces classifications quant au pronostic ou à la réponse au traitement doit encore être démontrée.

Prévalence et incidence

Une image globale de la prévalence du SII est loin d'être complète; on manque en effet de données pour plusieurs régions du monde (Figure 1). De plus, il n'est souvent pas facile de comparer les données provenant de différentes régions vu le manque d'uniformité des critères diagnostiques (en général, plus les critères sont peu précis, plus la prévalence est grande). L'influence exercée par des facteurs tels que le choix de la population étudiée, l'inclusion ou l'exclusion de comorbidités (par ex. l'anxiété), l'accès aux soins et les influences culturelles, rend également toute comparaison difficile. Au Mexique, par exemple, la prévalence du SII, si l'on utilise les critères Rome III, est de 16% dans la communauté, mais le pourcentage monte à 35% chez des patients hospitalisés, tout en utilisant les mêmes critères. Ce qui est frappant c'est que les données à disposition suggèrent que la prévalence est relativement uniforme dans plusieurs pays, malgré des différences considérables en termes de style de vie.

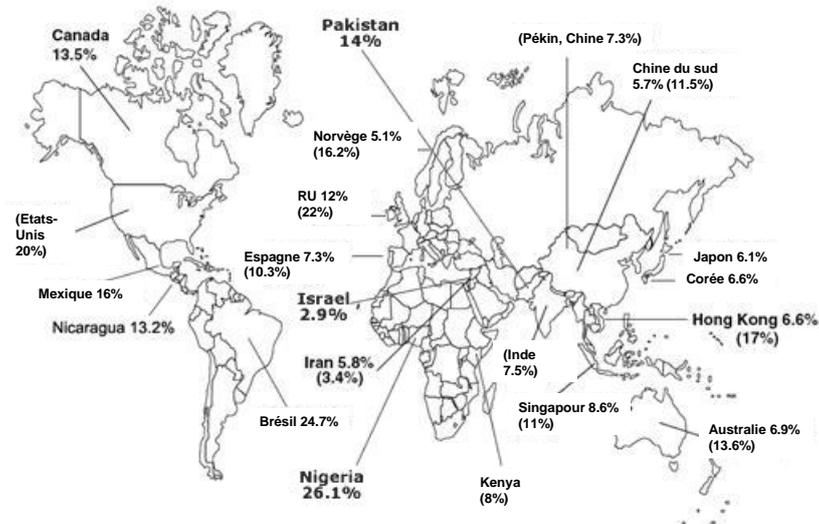
- La prévalence du SII en Europe et en Amérique du nord est estimée à 10-15%, tandis qu'en Suède c'est le plus souvent un chiffre de 13.5% qui est cité.
- La prévalence du SII tend à augmenter dans les pays de la région Asie-Pacifique, en particulier dans les pays en développement économique. Les estimations sur la prévalence du SII (selon les critères diagnostiques Rome II) varient fortement dans la région Asie-Pacifique. Des études provenant de l'Inde montrent que les critères Rome I pour le SII permettent d'identifier davantage de patients que les critères Rome II. Les prévalences citées sont de 0.82% pour Pékin, de 5.7% pour la Chine du sud, de 6.6% pour Hong Kong, de 8.6% pour Singapour, de 14% pour le Pakistan et de 22.1% pour Taiwan. Une étude effectuée dans un cadre ambulatoire a noté en Chine une prévalence de SII de 15.9% en utilisant les critères Rome III.
- En général, il n'existe que peu de données pour l'Amérique du sud; en Uruguay, par exemple, on ne dispose que d'une seule étude et la prévalence globale est de 10.9% (14.8% pour les femmes et 5.4% pour les hommes); 58% des sujets souffrait de SII à prédominance de constipation et 17% de SII à prédominance de diarrhée. Dans 72% des cas, l'âge d'apparition se situait avant 45 ans.
- Les données concernant l'Afrique sont encore plus rares. Une étude portant sur une population d'étudiants du Nigeria a montré une prévalence de 26.1% selon les critères Rome II. Une autre étude effectuée sur des patients ambulatoires de ce même pays et utilisant les mêmes critères, a montré une prévalence de 33%.

Autres observations concernant l'épidémiologie du SII

- Le SII survient le plus souvent entre 15 et 65 ans.
- Les patients se présentent chez le médecin pour la première fois le plus souvent entre 30 et 50 ans.
- Dans certains cas, les symptômes remontent à l'enfance.
- La prévalence du SII est plus élevée chez les femmes – même si par exemple cela ne se vérifie pas en Inde.
- On rapporte une diminution de fréquence chez les individus plus âgés.

- La prévalence du SII chez les enfants est semblable à celle chez les adultes.
- Les symptômes typiques du SII sont fréquents dans des échantillons de populations dites « saines ».

Figure 1



Caractéristiques démographiques et modes de présentation du SII différent entre l'Orient et l'Occident

De même que pour les données sur la prévalence, il existe des variations dans le mode de présentation du SII et il est difficile de comparer les études basées sur des données communautaires, sur des études cliniques ambulatoires ou sur des statistiques d'hôpitaux.

Les symptômes typiques du SII se rencontrent fréquemment dans une population en bonne santé, mais la grande majorité des patients souffrant de SII ne sont actuellement pas formellement identifiés. Ceci peut expliquer les différences de prévalence rapportées entre les différents pays. La plupart des études ne font état que des SII diagnostiqués et non pas de la prévalence dans la communauté.

Une étude chinoise montre que la prévalence du SII dans le sud de la Chine est plus élevée qu'à Pékin, mais plus basse que celle rapportée dans les pays occidentaux.

Quelques études effectuées dans des pays non-occidentaux indiquent :

- Une absence de prédominance féminine (peut-être expliquée par des différences quant à l'accès aux soins ou à la demande de soins). Dans la Chine du Sud, par exemple, le rapport homme-femme est seulement de 1 :1.25 (comparé à 1 :2 dans l'Europe de l'ouest).
- Un lien étroit entre une grande détresse et le SII chez l'homme, d'une façon similaire à celui rencontré chez les femmes dans les pays occidentaux.
- Une fréquence accrue de douleurs abdominale hautes.
- Un impact moins important des symptômes défécatoires sur la vie quotidienne du patient (qui n'est pas trouvé en Chine ou en Mexique).

Plusieurs études suggèrent que, chez les américains d'origine africaine ou des Caraïbes, la fréquence des selles et la prévalence de la constipation sont plus importantes que chez les américains de souche européenne.

En Amérique latine, la constipation est plus fréquente que la diarrhée.

La fréquence des selles paraît plus élevée dans la communauté indienne : 99% des individus ont une selle ou plus par jour.

Au Mexique, 70% des patients souffrent d'anxiété, 46% de dépression et 40% présente à la fois des symptômes d'anxiété et de dépression.

Au Mexique, l'impact économique du SII est plus élevé en raison d'une utilisation accrue des ressources médicales.

Un chevauchement des symptômes de la dyspepsie fonctionnelle et de ceux du SII selon les critères Rome III est très fréquent en Chine.

Une détresse psychologique, les circonstances de la vie, une attitude négative pourraient jouer un rôle important dans la pathogénèse du SII. Ces facteurs pourraient également influencer le comportement de l'individu face à la maladie ainsi que l'évolution clinique.

2 Diagnostic du SII

Anamnèse

Il est important, lorsqu'on évalue un patient souffrant du SII de prendre en considération non seulement les symptômes primaires, mais également d'identifier des facteurs précipitant ainsi que d'autres symptômes gastro-intestinaux ou extra gastro-intestinaux associés. Il est également extrêmement important de rechercher la présence de symptômes d'alarme et de questionner directement les patients à ce sujet. L'interrogatoire clinique est crucial et implique d'une part l'identification de symptômes considérés comme typiques du SII et d'autre part l'identification de symptômes d'alarme (« red flags ») pouvant suggérer d'autres diagnostics. Pour cette raison, il faut interroger le patient sur les symptômes suivants (les symptômes compatibles avec SII sont indiqués par *) :

- Le type d'inconfort abdominal ou de douleurs abdominales:
 - La chronicité des symptômes*
 - Le type de douleur : intermittente* ou continue
 - Les épisodes antérieurs de douleurs*
 - La localisation de la douleur. Chez quelques patients la douleur est bien localisée (par exemple, dans les quadrants inférieurs de l'abdomen), tandis que chez d'autres patients la douleur se déplace.
 - Soulagement de la douleur par la défécation ou le passage de gaz*
 - La douleur nocturne est inhabituelle et doit être considérée comme un symptôme d'alarme

- Autres symptômes abdominaux :
 - Ballonnement
 - Distension abdominale
 - Borborygmes
 - Flatulences

(NB : La distension abdominale peut être quantifiée ; le ballonnement est un symptôme subjectif. En anglais, ballonnement et distension n'ont pas forcément la même physiopathologie et ne devraient pas être considérés comme des termes équivalents et interchangeables, même si dans d'autres langues ils peuvent signifier la même chose. En outre, les deux termes ne signifient pas forcément que la production de gaz intestinaux est augmentée.)

- La nature des troubles intestinaux associés :

- Constipation
 - Diarrhée
 - Alternance de constipation et de diarrhée.
- Troubles de la défécation :
 - Diarrhée pendant >2 semaines (NB : il est toujours important de s'efforcer de comprendre ce que le patient entend exactement par « diarrhée » et par « constipation ».)
 - Présence de mucus dans les selles
 - Besoins impérieux
 - Sensation d'évacuation incomplète (ce symptôme a été signalé comme particulièrement important dans des études récentes sur des populations d'Asie – 51% à Singapour, 71% en Inde, 54% à Taiwan).

Autres informations de l'anamnèse et symptômes d'alarme importants :

- Perte de poids involontaire
- Présence de sang dans les selles
- Antécédents familiaux de
 - Cancer colo-rectal
 - Maladie coeliaque
 - Maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI)
- Douleurs abdominales basses accompagnées de fièvre
- Association des symptômes avec la menstruation
- Association des symptômes avec :
 - Prise de médicaments
 - Consommation de certains aliments (notamment le lait), édulcorants artificiels, produits diététiques, alcool.
 - Voyages sous les tropiques.
- Habitudes alimentaires particulières
 - Repas inadéquats ou irréguliers
 - Apport liquidien insuffisant
 - Consommation excessive de fibres alimentaires
 - Obsession d'hygiène alimentaire
- Antécédents familiaux de SII. Il existe clairement une histoire familiale de SII, même si les facteurs génétiques sont mal compris actuellement.
- Le mode de début (un début brutal en relation avec une gastro-entérite suggère un SII post-infectieux (PI-SII)).

Evaluation psychologique

Il n'a pas été démontré que des facteurs psychologiques peuvent causer ou influencer la survenue du SII. Le SII n'est pas une affection psychiatrique ou psychologique. Des facteurs psychologiques peuvent cependant :

- Jouer un rôle dans la persistance et la sévérité des symptômes perçus par le patient
- Contribuer à la détérioration de la qualité de vie et à un recours excessif aux services de santé.

Pour ces raisons, des facteurs psychologiques co-existants se rencontrent fréquemment chez les patients des centres de références et peuvent inclure :

- Anxiété
- Dépression
- Somatisation
- Hypochondrie
- Peur en relation avec les symptômes

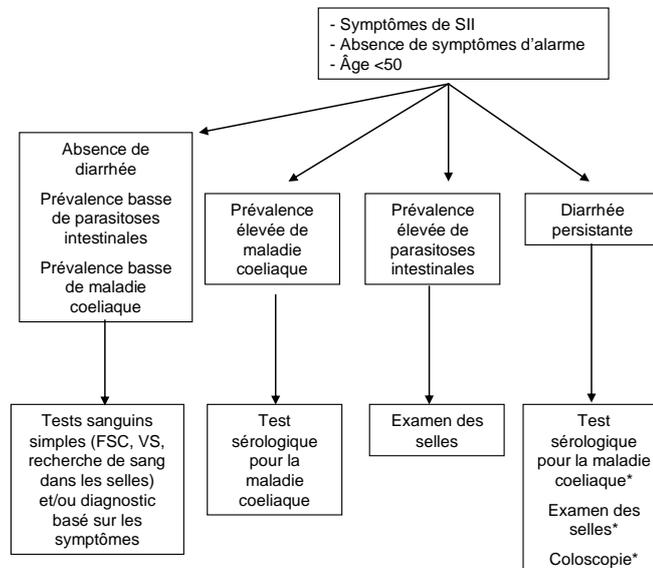
Les tests suivants peuvent être utiles pour effectuer une évaluation objective des facteurs psychologiques :

- Test d'anxiété-dépression (test de HAD ; Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): questionnaire simple comportant 14 questions visant à évaluer le niveau d'anxiété et de dépression.
- Test d'évaluation de la cohérence : test utilisé pour identifier les patients avec un niveau de cohérence bas et qui peuvent bénéficier d'une thérapie cognitive comportementale.
- Questionnaire de santé (PHQ-15) : questionnaire permettant d'évaluer la sévérité de 15 plaintes physiques ; permet d'identifier la présence de symptômes somatiques multiples (somatisation). Ce questionnaire devrait être validé dans chaque pays avant d'être utilisé dans la pratique.

Examen clinique

- Un examen physique rassure le patient et permet parfois d'objectiver une cause organique à ses plaintes.
- Un examen général à la recherche de signes d'une maladie systémique.
- Un examen de l'abdomen :
 - Inspection
 - Auscultation
 - Palpation
- Un examen de la région péri-anale :
 - Toucher rectal

Démarche diagnostique du SII



FSC, formule sanguine complète; VS, vitesse de sédimentation;

* lorsque cela se justifie: prévalence élevée de maladie coeliaque, de parasitoses intestinales, de maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI) ou de colite lymphocytaire

Niveau 1

- Anamnèse, examen clinique, exclusion d'éventuels symptômes d'alarme, prise en compte des facteurs psychologiques
- Formule sanguine complète (FSC), vitesse de sédimentation (VS) ou protéine C-réactive (PCR), examen des selles (leucocytes, oeufs, parasites, sang occulte)
- Fonction thyroïdienne, anticorps anti-transglutaminase
- Coloscopie avec biopsies*
- Marqueurs fécaux d'une inflammation digestive (par ex. calprotectine fécale)

Niveau 2

- Anamnèse, examen clinique, exclusion d'éventuels symptômes d'alarme, prise en compte de facteurs psychologiques
- FSC, VS, PCR, examen des selles, test de la fonction thyroïdienne

- Sigmoidoscopie*

Niveau 3

- Anamnèse, examen clinique, exclusion d'éventuels symptômes d'alarme, prise en compte de facteurs psychologiques
- FSC, VS, examen des selles

* NB : Même dans les pays « riches », il n'est pas nécessaire d'effectuer une coloscopie chez tous les patients. Celle-ci devrait en particulier être effectuée chez les patients avec symptômes ou signes d'alarme et chez les patients de >50 ans. La nécessité de pratiquer des investigations ainsi qu'une sigmoïdoscopie ou une coloscopie devrait être guidée par les caractéristiques du patient (symptômes, âge, etc.) et par la région où il se trouve (région avec une haute prévalence de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, de maladie coeliaque, de cancer du côlon, ou de parasitoses intestinales). On peut discuter, par exemple, si une patiente de 21 ans avec une symptomatologie de SII à prédominance de diarrhée mais sans symptôme d'alarme devrait avoir tout au plus une sérologie pour maladie coeliaque.

3 Evaluation du SII

Le plus souvent, c'est l'anamnèse et l'examen clinique du patient qui font suspecter un diagnostic de SII, sans le recours à des examens complémentaires. La confirmation du diagnostic de SII requiert que l'on puisse exclure avec suffisamment de certitude une affection organique sur la base du mode de présentation et des caractéristiques des symptômes chez un patient donné. Dans de nombreux cas (par exemple, chez de jeunes patients sans aucun symptôme d'alarme), un diagnostic de SII sur la base de la clinique seule peut être posé avec confiance.

Critères diagnostiques (Rome III)

- Début des symptômes au moins 6 mois avant le diagnostic
- Douleur abdominale ou inconfort digestif (sensation abdominale désagréable non douloureuse) survenant au moins 3 jours par mois durant les 3 derniers mois
- Associés avec au moins deux des critères suivants :
 - Amélioration par la défécation
 - Survenue associée à une modification de la fréquence des selles
 - Survenue associée à une modification de la consistance des selles

En pratique clinique, le médecin, qu'il soit généraliste ou spécialiste, posera un diagnostic de SII sur la base d'une évaluation globale du patient (souvent après une période d'observation) en considérant la multitude de symptômes parlant en faveur d'un tel diagnostic (les douleurs ou la gêne à la défécation ou le changement dans la fréquence ou la forme des selles mises à part).

Symptômes fréquemment rencontrés dans le SII et en faveur d'un tel diagnostic :

- Ballonnement
- Selles anormales (dures et/ou défaites)
- Fréquence de selles anormale (<3 fois par semaine ou >3 fois par jour)
- Effort à la défécation
- Besoins impérieux
- Sensation d'exonération incomplète
- Emission de mucus par le rectum

Eléments du comportement pouvant être utiles pour reconnaître un SII en pratique :

- Présence des symptômes depuis >6 mois
- Aggravation des symptômes par le stress
- Fréquentes consultations pour des symptômes non gastro-intestinaux
- Antécédents de symptômes médicalement non expliqués
- Aggravation par la prise de nourriture
- Association à de l'anxiété et/ou de la dépression

Plaintes sans rapport avec le côlon et accompagnant souvent le SII :

- Dyspepsie (rapportés chez 42-87% des patients avec SII)
- Nausées
- Brûlures rétrosternales

Symptômes associés d'origine extra-digestive :

- Somnolence
- Douleurs dorsales, musculaires et articulaires
- Céphalées
- Symptômes urinaires :
 - Nycturie
 - Mictions fréquentes et impérieuses
 - Sensation de vidange incomplète de la vessie
- Dyspareunie chez les femmes
- Insomnies
- Faible seuil de tolérance aux médicaments

Examens complémentaires

Dans la majorité des cas de SII, aucun examen complémentaire n'est nécessaire. Il est souhaitable de limiter les examens complémentaires au minimum dans les cas tout à fait clairs de SII, en particulier chez les patients jeunes.

- Penser à effectuer des examens complémentaires en présence de symptômes d'alarme :
 - Début de la symptomatologie après 50 ans
 - Début récent de la symptomatologie
 - Perte de poids involontaire
 - Symptomatologie nocturne
 - Antécédents familiaux de cancer colorectal, de maladie coeliaque, de maladie inflammatoire chronique intestinale (MICI)
 - Anémie
 - Rectorragie
 - Prise récente d'antibiotiques
 - Masse abdominale/rectale
 - Présence de marqueurs d'un syndrome inflammatoire
 - Fièvre

- Les examens complémentaires suivants sont souvent effectués mais ne sont indiqués que si ils sont justifiés par l'anamnèse et la région où vit le patient : formule sanguine complète, chimie sanguine, test de la fonction thyroïdienne, recherche dans les selles de sang occulte, d'œufs ou de parasites.

- Il faut également penser à effectuer des examens complémentaires si :
 - les symptômes persistent ou si le patient s'avère angoissé malgré le traitement
 - une modification qualitative importante des symptômes chroniques est survenue. Dans ce cas, l'existence d'une affection associée devrait être envisagée.

Diagnostic différentiel

Maladie coeliaque/entéropathie au gluten

Symptômes principaux et/ou constatations

- Diarrhée chronique
- Retard de croissance (chez les enfants)
- Fatigue
- Selon les estimations, \pm 1% de toutes les populations indo-européennes seraient affectées
- Devrait être prise en compte dans le diagnostic différentiel dans les régions de haute prévalence (régions où la prévalence est $>1\%$ dans la population générale)

NB : Beaucoup de patients avec une maladie coeliaque ne présentent pas les symptômes classiques et peuvent se présenter avec des « symptômes de type SII », y compris la constipation. Dans les régions de haute prévalence (celles avec une prévalence >1% dans la population générale), un seuil bas pour les examens complémentaires devrait être appliqué.

Intolérance au lactose

Symptômes principaux et/ou constatations

- Symptômes (ballonnement, flatulences, diarrhée) en relation directe avec la consommation de produits laitiers
- Peut être diagnostiquée par un test au lactose avec dosage de l'hydrogène dans l'air expiré ; à effectuer après une épreuve de consommation de lait positive

Maladie inflammatoire chronique intestinale (maladie de Crohn, colite ulcéreuse)

Symptômes principaux et/ou constatations

- Variation significative de la prévalence dans le monde
- Diarrhée persistante pendant >2 semaines
- Rectorragie
- Masse inflammatoire, perte de poids, lésion péri-anale, fièvre.

Cancer colorectal

Symptômes principaux et/ou constatations

- Patient âgé qui développe une symptomatologie de SII pour la première fois
- Présence de sang dans les selles
- Perte de poids involontaire
- Douleur de type obstructif, pour les lésions du côlon gauche
- Anémie ou carence en fer, pour les lésions du côlon droit

Colite lymphocytaire et colite collagène

Symptômes principaux et/ou constatations

- Responsables de 20% des cas de diarrhée inexplicée chez des patients de >70 ans
- Typiquement indolores
- Frappent le plus souvent les femmes d'âge mûr (rapport homme : femme = 1 :15)
- Diagnostiquée sur la base de biopsies coliques

Diarrhée aiguë due à des protozoaires ou des bactéries

Symptômes principaux et/ou constatations

- Début aigu de la diarrhée
- Examen des selles ou biopsie duodénale

Une revue récente sur le rôle des protozoaires intestinaux dans le SII a conclu que certains protozoaires, tels le *Blastocystis hominis* et la *Dientamoeba fragilis*) jouent

éventuellement un rôle dans l'étiologie du SII. On sait que *Dientamoeba fragilis* peut être à l'origine de symptômes proches de ceux du SII et a tendance à causer des infections chroniques. Son diagnostic repose sur l'examen microscopique de frottis colorés, ce que beaucoup de laboratoires ne font pas, ce qui a pour conséquence que des cas de *Dientamoeba fragilis* sont faussement diagnostiqués comme SII. Le rôle de *Blastocystis hominis* comme agent étiologique du SII n'est pas prouvé, en raison des rapports contradictoires et de la nature controversée de *Blastocystis hominis* comme pathogène chez l'être humain. Les infections à *Entamoeba histolytica* surviennent principalement dans les pays en voie de développement. Le diagnostic clinique d'une amibiase est souvent difficile à poser car les symptômes des patients souffrant de SII peuvent fortement ressembler à ceux de patients atteints d'une colite amibienne non dysentérique. Les manifestations cliniques d'une infection à *Giardia intestinalis* peuvent aller d'une absence de symptôme à une diarrhée chronique avec douleurs abdominales ».

En Inde, il est recommandé d'effectuer des examens de selles pour *Giardia* et *Amoeba*, mais l'automédication avec des dérivés imidazolés est fréquente, rendant ainsi l'interprétation des résultats difficile.

NB : Il est essentiel, dans les régions géographiques concernées, que tout patient avec SII subisse des examens parasitologiques dans le but d'exclure la présence de protozoaires comme agent causal des manifestations cliniques.

Colonisation bactérienne de l'intestin grêle

- Les symptômes classiques d'une colonisation bactérienne chronique de l'intestin grêle sont ceux d'une maldigestion et d'une malabsorption.
- Quelques-uns des symptômes de la colonisation bactérienne du grêle (ballonnement et diarrhée) peuvent se rencontrer également dans le SII, ce qui a pu suggérer que la colonisation bactérienne du grêle était fréquente dans le SII.
- La plus grande partie des données à disposition suggèrent cependant que la colonisation bactérienne du grêle n'est *pas* fréquente dans le SII.

Diverticulite

La relation existant entre le SII et ce que l'on appelle la « maladie diverticulaire douloureuse » n'est pas claire ; la question se pose de savoir si la « maladie diverticulaire douloureuse » n'est rien d'autre qu'un SII chez un patient présentant des diverticules ? Dans la diverticulite, les symptômes typiques surviennent de manière épisodique et aiguë à subaiguë et comprennent :

- Des douleurs abdominales du côté gauche
- De la fièvre
- Une masse inflammatoire douloureuse dans le quadrant inférieur gauche.

Il est cependant maintenant clairement établi que les patients souffrant de diverticulite peuvent présenter une symptomatologie plus chronique entre des épisodes/attaques peu symptomatiques.

Endométriose

Symptômes principaux et/ou constatations

- Douleurs abdominales basses cycliques
- Ovaires augmentés de taille ou palpation de nodules au toucher vaginal, situées dorsalement par rapport au col utérin

Maladie inflammatoire du petit-bassin

Symptômes principaux et/ou constatations

- Douleurs abdominales basses non aiguës
- Fièvre
- Douleur à la palpation vers le haut ou sensibilité et tuméfaction des annexes au toucher vaginal.

Cancer ovarien

Dans le diagnostic différentiel, le cancer ovarien devrait être envisagé chez les femmes de >40 ans. Dans une revue, les symptômes suivants étaient rencontrés plus fréquemment chez les femmes souffrant d'un cancer ovarien :

- Distension abdominale
- Ballonnement
- Miction impérieuse
- Douleurs pelviennes

La combinaison d'un ballonnement, d'une distension abdominale et de symptômes urinaires a été observée chez 43% des femmes avec un cancer ovarien contre 8% dans une population contrôle.

Association avec d'autres affections

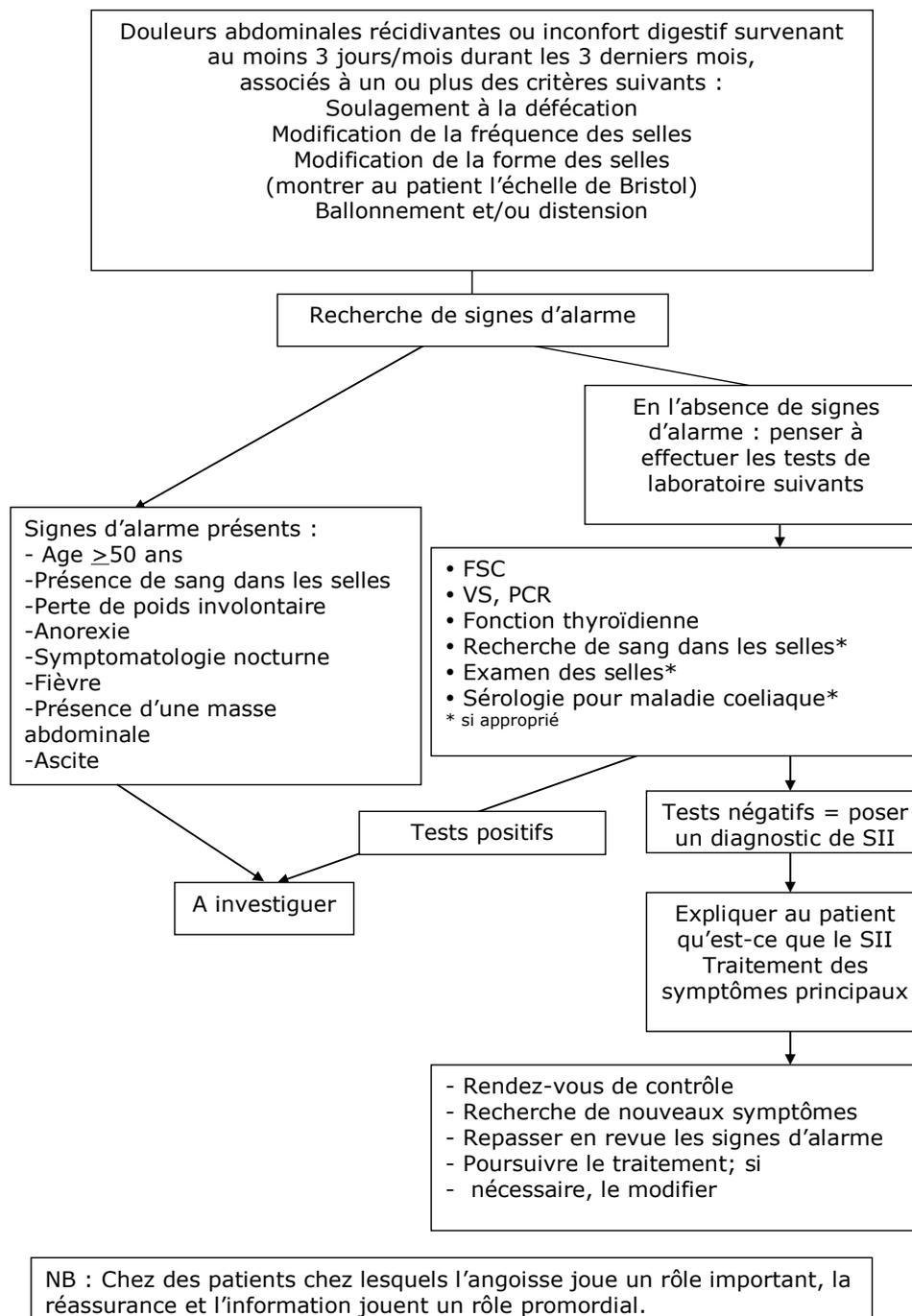
Les patients avec un syndrome de chevauchement ont tendance à présenter un SII plus sévère.

- Fibromyalgies – chez 20-50% des patients avec SII (bien qu'il n'y ait pas évidence d'une telle association en Chine, par exemple)
- Le SII se rencontre fréquemment en association avec d'autres affections douloureuses chroniques
 - Chez 51% des patients avec syndrome de fatigue chronique
 - Chez 64% des patients avec un trouble de l'articulé temporo-maxillaire
 - Chez 50% des patients avec douleurs pelviennes chroniques
 - Dans la dyspepsie non ulcéreuse et dans la dyskinésie biliaire.

4 Traitement du syndrome de l'intestin irritable

Introduction

Le schéma suivant illustre les grandes lignes d'une stratégie thérapeutique pour les patients présentant une symptomatologie de SII :



Etant donné qu'il n'existe pas de consensus sur les causes du SII, il n'est pas surprenant qu'on ne puisse envisager qu'un seul traitement puisse être applicable dans le monde entier.

Etant donné également la relation fréquente qui existe entre les symptômes du SII et des facteurs tels l'alimentation, le stress, les facteurs psychologiques, il est important d'y porter une attention particulière, en adoptant toutes les mesures susceptibles de diminuer voire de supprimer les facteurs déclenchants. On pourrait imaginer que les différentes habitudes alimentaires entre pays et ethnies puissent avoir une influence sur la prévalence des symptômes du SII ; en fait, il n'existe que peu d'informations à ce sujet. Il reste à confirmer les bénéfices, s'il en existe, des régimes d'élimination.

Des données récentes sur les perturbations de la flore intestinale dans le SII, de même que l'idée déjà mentionnée ci-dessus (controversée) que la colonisation bactérienne du grêle pourrait jouer un rôle, ont suscité un intérêt pour des approches thérapeutiques nouvelles : probiotiques, prébiotiques, antibiotiques. Des métaanalyses récentes ont confirmé l'utilité des probiotiques dans le SII, mais ont montré également très clairement que l'effet des probiotiques, dans le SII comme ailleurs, est hautement lié à la souche utilisée. La variabilité et la formulation de souches spécifiques peuvent varier de façon très importante. C'est ainsi, par exemple, que *Bifidobacterium infantis* 35624, qui semble à l'heure actuelle le plus efficace dans le SII, n'est actuellement disponible qu'aux Etats-Unis. Des problèmes de contrôle de qualité compliquent également toujours les recommandations dans ce domaine.

Les patients souffrant de SII ont recours à une variété de thérapies alternatives/complémentaires. C'est ainsi, par exemple, qu'en Inde, la médecine ayurvédique et en Chine, la phytothérapie sont largement disponibles et sont fréquemment utilisées pour le traitement du SII. Il est cependant difficile de juger de leur efficacité, étant donné que la concentration des éléments actifs varie considérablement selon le mode d'extraction utilisé. Il n'existe que peu d'études randomisées sur l'efficacité des thérapies alternatives dans le SII.

Les données préliminaires concernant les antibiotiques non résorbables (par exemple, la rifaximine à raison de 3 x 400 mg/jour) sont encourageantes, mais les études effectuées à ce jour ne comportent qu'un petit nombre de patients et de ce fait, il est difficile d'en tirer des conclusions définitives.

Une revue systématique récente a fourni des arguments en faveur de l'utilisation des antidépresseurs (tricycliques et inhibiteurs de la recapture de la sérotonine) dans le SII, même si elle a mis en évidence, dans de nombreux cas, des limites dans le design des études passées en revue. Des facteurs non médicamenteux sont souvent ignorés mais jouent un très grand rôle dans la prise en charge du SII... La relation médecin-

malade est d'une importance capitale et devrait comporter les éléments suivants, que ce soit pendant l'évaluation initiale ou pendant le suivi :

- Identification et exploration des inquiétudes du patient. Une relation médecin-malade positive doit être établie et les symptômes et la souffrance du patient doivent être considérés comme réels.
- La prise en compte de l'impact des symptômes sur la vie du patient.
- La discussion avec le patient de ses craintes en relation avec la symptomatologie et les diagnostics possibles, dans le but de lui éviter des soucis inutiles.
- L'identification des facteurs de stress et des propositions pour essayer de les résoudre.
- La diminution des comportements d'évitement. Les patients ont tendance à éviter certaines activités de crainte que ces activités puissent être responsables de leurs symptômes, mais ces comportements peuvent avoir une influence négative sur le pronostic.
- Les conseils d'ordre général en ce qui concerne l'alimentation et les activités : régimes riches en fibres (si appropriés), repas à heures régulières, apport liquidien suffisant, activité physique, ont en général des effets bénéfiques, même s'il n'existe pas de preuves d'une influence directe sur l'évolution du SII.

Médicaments

De nombreux médicaments sont utilisés partout dans le monde pour traiter les différents symptômes du SII :

- Les antispasmodiques, pour la douleur.
- Les laxatifs, les fibres alimentaires et les agents de ballast, pour la constipation. La Food and Drugs Administration (FDA) aux Etats-Unis a récemment approuvé le lubiprostone (un activateur des canaux chlorures) pour le traitement de la constipation chronique du SII, mais le rôle exact de telles substances dans le traitement du SII reste à déterminer.
- Fibres alimentaires, agents de ballast et anti-diarrhéiques, pour la diarrhée.
- Le charbon actif, les anti-flatulents et autres substances utilisées pour combattre le ballonnement, la distension abdominale et la flatulence.

La disponibilité et la formulation des substances à disposition peuvent varier de façon significative entre les différents pays et il est donc impératif que le médecin qui prescrit une substance ait parfaitement connaissance de son profil de sécurité et qu'il ne se base pas sur les données concernant d'autres substances de la même catégorie avec le même mécanisme d'action.

Douleurs

- Si un analgésique s'avère nécessaire, le paracétamol est à préférer aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). Il faut à tout prix éviter de prescrire des opiacés, vu le risque élevé de développement d'une dépendance/toxicomanie dans le cadre d'une affection chronique telle le SII. De plus, les AINS et les opiacés peuvent être à l'origine d'effets indésirables sur le tractus digestif.

- Il a été démontré qu'une souche de probiotique, le *Bifidobacterium infantis* 35624 (à raison de 1 gélule par jour) diminue les douleurs, le ballonnement, les difficultés d'exonération et normalise le transit intestinal chez les patients souffrant de SII, quel que soit leur trouble du transit. Pour l'instant, le *Bifidobacterium infantis* 35624 n'est disponible qu'aux Etats-Unis.
-
- Antispasmodiques :
 - Leur disponibilité varie considérablement d'un pays à l'autre.
- Anti-dépresseurs tricycliques :
 - Amitriptyline, à la dose initiale de 10mg/j, au coucher. La dose quotidienne de 10-75 mg/j doit être atteinte progressivement.
 - Desipramine, à la dose initiale de 10 mg/j, au coucher. La dose quotidienne de 10-75 mg/j doit être atteinte progressivement.

Ces médicaments ont tendance à induire une constipation et ils devraient être évités chez des patients constipés.

- Les antagonistes de la recapture de la sérotonine (IRS) :
 - Paroxetine, 10-60 mg/j.
 - Citalopram, 5-20 mg/j.

Constipation

- Un régime riche en fibres ou une substance de ballast (par exemple, le psyllium) associés à un apport liquidien suffisant pourraient sembler une approche logique dans le SII, mais il n'existe pas de données convaincantes et le ballonnement et la distension abdominale peuvent être aggravés chez certains patients. Une étude en Inde a examiné le contenu en fibres de l'alimentation de patients indiens avec et sans SII et a trouvé que l'adjonction de fibres n'était pas nécessaire car la quantité de fibres alimentaires correspondait aux recommandations à l'intention des patients souffrant de SII.
- Il a été démontré que la prise du probiotique *Bifidobacterium lactis* DN-173 010 accélérerait le transit intestinal et augmentait la fréquence des selles chez les patients avec SII accompagné de constipation.
- Les laxatifs osmotiques sont souvent utiles ; rares sont ceux qui ont été testés formellement dans le SII.
- Lubiprostone :
 - Pour le traitement du SII avec constipation chez les femmes âgées de 18 ans et plus.
 - A la dose de 8 µg 2 x/j avec les repas.

Diarrhée

- Il a été démontré que le loperamide (2mg le matin ou 2 x 2 mg/j) n'est pas plus efficace qu'un placebo sur les douleurs, le ballonnement et l'ensemble des symptômes du SII ; par contre, il est efficace sur les diarrhées, en diminuant la fréquence des selles et en augmentant leur consistance.
- Alosetron ; antagoniste du récepteur 5-hydroxytryptamine-3 (5-HT₃)

- N'est indiqué que chez les femmes avec un SII sévère à prédominance de diarrhée et avec une symptomatologie présente depuis >6 mois et en l'absence de réponse aux anti-diarrhéiques.
- Peut rarement produire une colite ischémique.

Traitement du ballonnement et de la distension

- Les régimes alimentaires ne produisant que peu de gaz intestinaux peuvent s'avérer utiles chez certains patients.
- Il n'existe pas d'évidence en faveur de l'utilisation de produits contenant du charbon actif, en faveur des antiflatulents, de la siméthicone et autres agents.
- Probiotiques : certaines souches très spécifiques tels le *Bifidobacterium lactis* DN-173 010 et le « cocktail » probiotique VSL#3 ont montré lors d'essais cliniques une certaine efficacité sur le ballonnement, la distension abdominale et la flatulence. D'autres, telles le *Bifidobacterium infantis* 35624, sont efficaces contre le ballonnement et d'autres symptômes cardinaux du SII.
- Un traitement d'antibiotiques par rifaximine 3 x 400 mg/j s'est révélé efficace pour diminuer le ballonnement chez certains patients.

Recommandations du groupe de travail de l'American College of Gastroenterology (ACG)

Le groupe de travail sur le SII de l'ACG a publié en janvier 2009 une revue systématique « evidence-based » sur la prise en charge du SII (Am J Gastroenterol 2009 ;104 :S1-35). Les conclusions du groupe de travail sont résumées ci-dessous.

Antispasmodiques, y compris l'huile de menthe poivrée. Certains antispasmodiques (hyosciamine, bromure de cimétropium, bromure de pinaverium et huile de menthe) peuvent apporter un soulagement de courte durée aux douleurs abdominales et à l'inconfort digestif. On ne dispose pas de données sur leur efficacité à long terme. Les données sur la sécurité et la tolérabilité sont également limitées...

Fibres alimentaires, substances de ballast et laxatifs. Le muciloïde hydrophile de psyllium (*plantago ispaghula*) est modérément efficace. Une seule étude a rapporté une amélioration sous calcium polycarbophil (CPC). Il n'a pas été démontré que le son de froment ou le son de blé sont plus efficaces qu'un placebo pour atténuer les symptômes du SII et ils ne sont pas recommandés pour un usage de routine. Une petite étude séquentielle chez des adolescents avec SII à prédominance de constipation a montré que le polyéthylène glycol (PEG) améliore la fréquence des selles, mais n'a pas d'effet sur les douleurs abdominales.

Antidiarrhéiques. Le loperamide n'est pas plus efficace qu'un placebo pour diminuer les douleurs, le ballonnement ou les symptômes globaux du SII ; par contre, il est efficace dans le traitement de la diarrhée, réduisant la fréquence des selles et augmentant leur consistance. Aucune étude randomisée contrôlée n'a été effectuée pour comparer le loperamide à d'autres antidiarrhéiques. Il n'existe pas de données sur sa sécurité et sa tolérabilité.

Antibiotiques. Il a été démontré qu'un traitement de courte durée avec un antibiotique non résorbable est supérieur au placebo pour améliorer les symptômes généraux et le ballonnement du SII. Il n'existe pas de données sur la sécurité et l'efficacité à long terme des antibiotiques non résorbables dans le traitement du SII.

Probiotiques. Dans les études où on n'a utilisé qu'un seul organisme, les lactobacilles ne paraissent pas efficaces. Il a cependant été démontré que les bifidobactéries et les combinaisons de certains probiotiques peuvent être efficaces.

Antagonistes des récepteur 5-HT₃. L'Alosetron, un antagoniste des récepteurs 5-HT₃, est plus efficace que le placebo pour soulager les patients des deux sexes avec SII à prédominance de diarrhée. Des effets secondaires potentiellement graves, tels la constipation et surtout l'ischémie colique, surviennent plus fréquemment avec l'alosetron qu'avec un placebo. En ce qui concerne l'alosetron, le risque-bénéfice est le plus favorable chez les femmes avec SII sévère et diarrhée et qui n'ont pas répondu aux traitements conventionnels. Il existe des données d'excellente qualité sur l'efficacité des antagonistes des récepteurs 5-HT₃ dans le SII.

Activateurs des canaux chlorure. Il a été démontré que le lubiprostone à raison de 8 µg 2 x/j est supérieur au placebo pour soulager les symptômes globaux du SII chez les femmes avec SII à prédominance de constipation.

Antidépresseurs. Il a été démontré que les antidépresseurs tricycliques et les antagonistes de la recapture de la sérotonine (IRS) sont supérieurs au placebo pour soulager les symptômes globaux du SII et paraissent efficaces pour diminuer les douleurs abdominales. Il n'existe que peu de données sur leur sécurité et leur tolérabilité chez les patients avec SII.

NB : Nombreux sont les traitements utilisés communément dans le SII qui ne remplissent que peu ou pas du tout les critères d'une « évidence-based médecine ».

Autres traitements (y compris psychologiques)

Recommandations générales non pharmacologiques

- Discuter avec le patient de ses craintes, ce qui a pour effet de diminuer ses plaintes et d'éliminer des inquiétudes inutiles.
- Viser à diminuer les comportements d'évitement. Les patients ont une tendance à éviter certaines activités par crainte que ces activités puissent être responsables de leurs symptômes. Ces comportements d'évitement peuvent avoir une influence négative sur le pronostic.
- Discuter leur cancérophobie.
- Discuter des facteurs de stress dans le but de les résoudre.
- Préconiser des repas à heures régulières, un apport hydrique suffisant, une activité physique suffisante peut avoir un effet bénéfique, mais il n'existe pas de preuve formelle d'une influence sur le SII.

A part les mesures générales décrites ci-dessus, qui font partie de la relation médecin-malade, des interventions psychologiques plus formelles peuvent être envisagées dans certains cas et selon la disponibilité des ressources et du niveau d'expertise à disposition. Les approches suivantes peuvent être ainsi envisagées :

- Une thérapie comportementale-cognitive, en groupe ou individuelle.
- Des techniques comportementales visant à modifier les comportements dysfonctionnels par :
 - Techniques de relaxation
 - Gestion de la contingence visant à renforcer systématiquement les comportements souhaités.
 - Entraînement à l'affirmation.
- Hypnose.

Le groupe de travail de l'ACG a conclu que les thérapies psychologiques, y compris la thérapie cognitive, la psychothérapie dynamique et l'hypnose, mais pas les techniques de relaxation, sont plus efficaces que les mesures habituelles pour soulager les symptômes globaux du SII.

En ce qui concerne la phytothérapie et l'acupuncture, le groupe de travail de l'ACG a conclu que les études randomisées contrôlées existantes, testant le plus souvent des mélanges d'herbes chinoises, semblent montrer un bénéfice. Il n'a cependant pas été possible de combiner ces études pour en faire une méta-analyse. Le bénéfice d'un traitement par herbes chinoises demeure lié à la composition de la préparation, qui est variable et à la pureté des éléments. Il existe d'ailleurs des craintes importantes au sujet de la toxicité des mélanges d'herbes chinoises, notamment concernant l'insuffisance hépatique. Une revue systématique des études sur l'acupuncture s'est révélée peu concluante en raison des résultats hétérogènes. D'autres études sont nécessaires avant que l'on puisse faire des recommandations sur l'acupuncture ou la phytothérapie.

Pronostic

Pour la plupart des patients souffrant d'un SII, la symptomatologie va probablement persister, mais pas s'aggraver. Un faible pourcentage des patients connaîtront une détérioration de leur état et d'autres connaîtront une guérison totale. Une étude récente a montré que sur un échantillon de 1021 patients (U.S.) de la population générale 18% souffraient de SII et que 38% n'avaient plus de plainte 12-20 mois plus tard.

Les facteurs suivants peuvent avoir un effet négatif sur le pronostic :

- Un comportement d'évitement en relation avec la symptomatologie du SII.
- Des craintes à propos de certaines maladies.
- Un fonctionnement perturbé à cause des symptômes.
- Des symptômes présents depuis longtemps.
- Un état de stress chronique.
- Une comorbidité psychiatrique.

Facteurs de la prise en charge par le médecin pouvant avoir un effet bénéfique sur le traitement :

- Reconnaissance de la maladie.
- Information au patient sur le SII.
- Réassurance du patient.

Suivi

Dans les cas légers, un suivi à long terme n'est pas nécessaire, à moins que :

- Les symptômes persistent et amènent des désagréments ou un dysfonctionnement considérables.
- Le patient est très inquiet au sujet de son affection.
- Il présente une diarrhée depuis >2 semaines.
- La constipation ne répond pas au traitement.
- Des signes d'alarme parlant pour une maladie gastro-intestinale sérieuse apparaissent :
 - Rectorragie
 - Anémie
 - Amaigrissement involontaire
 - Antécédents familiaux de cancer colorectal
 - Fièvre
 - Changement marqué de la symptomatologie
- Il convient de prêter attention au développement d'une pathologie du comportement alimentaire :
 - La plupart des patients souffrant de SII essaient toutes sortes de régimes.
 - Cela peut conduire à un régime alimentaire inadéquat du point de vue nutritionnel, ou à l'ingestion d'une quantité anormale de fruits, caféine, produits laitiers et fibres alimentaires.
 - Les femmes souffrant d'un SII ont un risque augmenté de développer une pathologie du comportement alimentaire.

Stratégie thérapeutique du SII

Niveau 1

- Réassurance, étude des habitudes alimentaires et du style de vie et conseils appropriés
- Essai thérapeutique avec un probiotique dont l'efficacité est démontrée.
- Traitement symptomatique de :
 - La douleur avec un antispasmodique disponible ; pour les patients avec une atteinte plus sévère, ajouter un antidépresseur tricyclique ou un inhibiteur de la recapture de la sérotonine (IRS) à faibles doses.
 - La constipation par des mesures diététiques et un apport supplémentaire en fibres alimentaires et si nécessaire, prescription d'un laxatif osmotique ou de lactulose.
 - La diarrhée avec des antidiarréiques simples.

- Envisager une approche psychologique (hypnose, psychothérapie, thérapie en groupe) et consultation chez une diététicienne si nécessaire.
- Ajouter un traitement médicamenteux spécifique là où il est approuvé :
 - Lubiprostone pour le SII à prédominance de constipation.
 - Rifaximine pour la diarrhée et le ballonnement.
 - Alosetron pour le SII à prédominance de diarrhée.

Niveau 2

- Réassurance, étude des habitudes alimentaires et du style de vie et conseils appropriés.
- Ajouter un probiotique dont l'efficacité est prouvée.
- Traitement symptomatique de :
 - La douleur avec un antispasmodique disponible ; pour les patients avec une atteinte plus sévère, ajouter un antidépresseur tricyclique à faible dose.
 - La constipation par des mesures diététiques et un apport supplémentaire de fibres alimentaires.
 - La diarrhée avec des mucilages et des antidiarréiques simples.

Niveau 3

- Réassurance, étude des habitudes alimentaires et du style de vie et conseils appropriés.
- Traitement symptomatique de :
 - La douleur avec un antispasmodique disponible.
 - La constipation par des mesures diététiques et un apport supplémentaire de fibres alimentaires.
 - La diarrhée avec des mucilages et des antidiarréiques simples.