



Troubles Fonctionnels Intestinaux Syndrome de l'Intestin Irritable

PR AF BOUTALEB

Service de gastro-entérologie

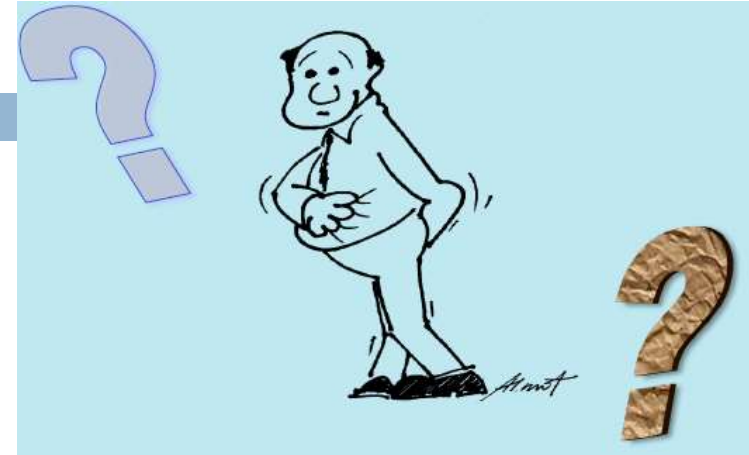
CHU BAB EL OUED

Objectifs pédagogiques



- **Connaitre la classification des troubles fonctionnels intestinaux (TFI) ?**
- **Reconnaitre un syndrome de l'intestin irritable (SII) ?**
- **Connaitre les mécanismes physiopathologiques du SII ?**
- **Savoir quand explorer devant un SII ?**
- **Quelles sont les stratégies thérapeutiques au cours du SII ?**

Introduction



Les troubles fonctionnels intestinaux correspondent à des signes cliniques ayant pour substratum des troubles de la motricité du tube digestif, mais surtout des troubles de la sensibilité viscérale notamment à la distension, sans lésion anatomopathologiques identifiable

Pour bien les définir, ils ont été classés par la classification de Rome IV en plusieurs catégories

Historique des classifications

- Critères de Manning 1978
- Critères de Kruis 1984
- Critères de Rome 1989
- Critères de Rome I 1992
- Critères de Rome II 1999
- Critères de Rome III 2006
- Critères de Rome IV 2016

Classification des Troubles Fonctionnels digestifs : Classification de ROME IV (2016)

A-Maladies Fonctionnelles de l'œsophage

A-1-Douleur thoracique fonctionnelle

A-2-Brûlure retrosternale fonctionnelle

A-3-Globus

A-4-Dysphagie fonctionnelle

B-Maladies Fonctionnelles Gastro-Intestinales

B-1-Dyspepsie fonctionnelle

B-1-a-Syndrome de souffrance postprandiale

B-1-b-Syndrome de douleur épigastrique

B-2-Troubles de renvoie d'air

B-2-a-Renvois d'air supra gastrique excessif

B-2-b-Renvois d'air gastrique excessif

B-3-Troubles de nausée et de vomissements

B-3-a-Syndrome de nausée et vomissements chroniques

B-3-b-Syndrome de vomissements cycliques

B-3-c-Syndrome d'hyperemèse cancéreuse

B-3-d-Syndrome de rumination

Classification des Troubles Fonctionnels digestifs : Classification de ROME IV (2016)

C-Maladies Intestinales

C-1-Syndrome de l'intestin irritable (SII)

C-1-a-SII avec constipation

C-1-b- SII avec diarrhée

C-1-c-SII avec transit mixte

C-1-d-SII non classifié

C-2-Constipation fonctionnelle

C-3-Diarrhée fonctionnelle

C-4-Distension/ballonnement abdominal
fonctionnel

C-5-Maladie intestinale fonctionnelle non classifiée

C-6-Constipation induite par les opiacés

D-Douleurs gastro intestinales médiées par le système nerveux central (SNC)

D-1-Syndrome de douleur abdominale médiée par le SNC

D-2-Syndrome de l'intestin narcotique, hyperalgésie intestinale induite par les opiacés

Classification des Troubles Fonctionnels digestifs :

Classification de ROME IV (2016)

E- Maladies de la vésicule biliaire et du sphincter d'Oddi

E-1-Douleur biliaire

E-1-a-Maladie fonctionnelle de la vésicule biliaire

E-1-b-Maladie fonctionnelle biliaire du sphincter d'Oddi

E-2-Maladie fonctionnelle pancréatique du sphincter d'Oddi

F-Maladies anorectales

F-1-Incontinence fécale

F-2-Douleurs anorectales fonctionnelles

F-2-a-Syndrome du releveur de l'anus

F-2-b-Douleur anorectale fonctionnelle non spécifique

F-2-c-Proctalgie fugace

F-3-Maladies fonctionnelles de la défécation

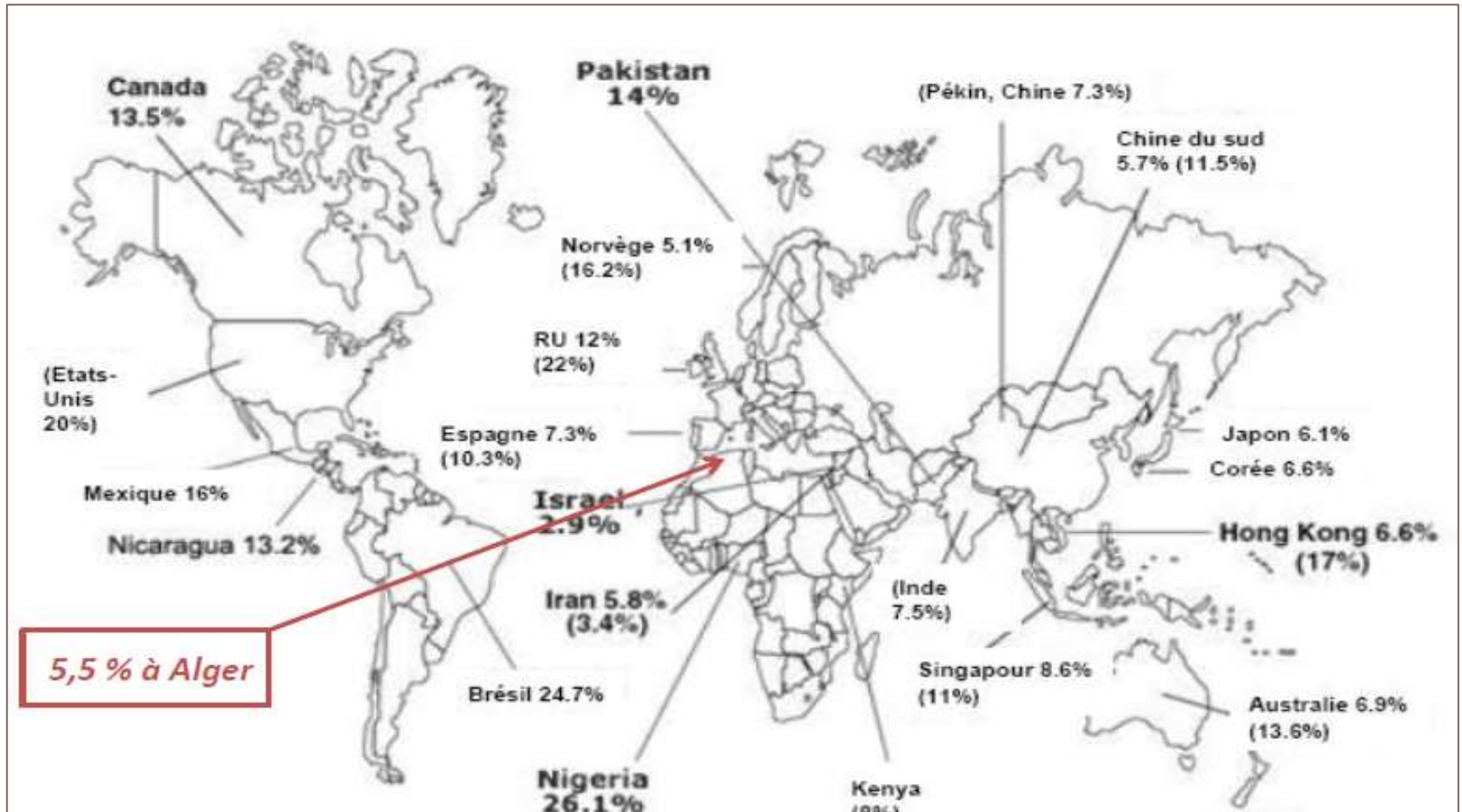
F-3-a-Défécation avec propulsion inadéquate

F-3-b-Défécation dyssynergique

Syndrome de l'intestin irritable (SII)

- Le syndrome de l'intestin irritable est l'un des troubles fonctionnels digestifs les plus fréquents.
- Il s'agit d'une pathologie de l'adulte jeune, avec une nette prédominance féminine.
- Les symptômes sont souvent chroniques pouvant altérer la qualité de vie des patients dans les formes sévères.
- Coûts directs et indirects +++ à la santé publique
- Physiopathologie n'est pas complètement élucidée
- Une prise en charge correcte et adaptée à chaque patient permet d'éviter une escalade thérapeutique dangereuse et des explorations itératives et abusives.

Prévalence



Syndrome de

l'intestin

irritable

Ensemble de
manifestations
cliniques

Atteinte du tube
digestif moyen et
distal

Atteinte non
organique

Diagnostic = Critères de Rome IV (mai 2016)

Critères cliniques et évolutifs

- **Douleurs abdominales**
- **Troubles du transit**
- **Chronicité**

Diagnostic = Critères de Rome IV (mai 2016)

Douleur abdominale récurrente survenant en moyenne au moins 1 jour par semaine dans les 3 derniers mois avec au moins 2 des critères suivant :

- Associée à la défécation
- Associée à une modification de la fréquence des selles
- Associée à une modification de la consistance (aspect) des selles.

Les sous-groupes se définissent en fonction de la consistance des selles selon l'échelle de Bristol * (voir Echelle de Bristol, annexe 2)

SII avec constipation prédominante (SII-C) : Bristol 1-2 \geq 25% du temps et Bristol 6-7 \leq 25% du temps

SII avec diarrhée prédominante (SII-D) : Bristol 6-7 \geq 25% du temps et Bristol 1-2 \leq 25% du temps.

SII avec alternance diarrhée-constipation (SII-M) : Bristol 1-2 25% du temps et Bristol 6-7 25% du temps.

SII non spécifié : absence de critères suffisants pour répondre aux critères du SII-C, SII-D ou SII-M.

Les critères doivent être remplis dans les 3 derniers mois, et le début des symptômes doit dater au moins de 6 mois.

Diagnostic = Critères de Rome IV (mai 2016)

Critères cliniques et évolutifs

- **Douleurs abdominales**
- **Troubles du transit**
- **Chronicité**
 - Symptômes plutôt diurnes
 - Pas de retentissement clinique (examen physique normal)
 - Anxiété++

Diagnostic positif

Absence de marqueurs objectifs, diagnostic positif repose sur des critères cliniques et évolutifs



Tableau typique Critères de Rome IV

Absence de signes d'alarme:

- *Age > ou = 50 ans*
- *Hémorragie digestive*
- *Symptômes nocturnes*
- *Amaigrissement non intentionnel*
- *Changement des symptômes*
- *Prise récente d'antibiotiques*
- *Antécédents de maladie organique GI*

Diagnostic = Critères de Rome IV (mai 2016)

Critères cliniques et évolutifs

**Interrogatoire: Symptômes évocateurs,
chronicité, absence de signes d'alarme
Pas d'examens complémentaires**

Bristol

SOUS-GROUPES

SII avec constipation prédominante (C-SII): Bristol 1-2 $\geq 25\%$ du temps, Bristol 6-7 $\leq 25\%$ du temps.


SII avec diarrhée prédominante (D-SII): Bristol 6-7 $\geq 25\%$ du temps, Bristol 1-2 $\leq 25\%$ du temps.

SII avec alternance diarrhée-constipation (M-SII): Bristol 1-2 $\geq 25\%$ du temps et Bristol 6-7 $\geq 25\%$ du temps.

SII non spécifié: absence de critères suffisants pour répondre aux critères du C-SII, D-SII ou M-SII.

Type de selles

Description

1		selles dures en forme de billes détachées (selles difficiles)
2		selles en forme de billes collées
3		selles en forme de boudin, structure friable
4		selles en forme de boudin, structure douce et lisse
5		selles molles avec contours clairement tranchés (selles faciles)
6		selles molles à très molles aux contours imprécis
7		selles aqueuses sans structure (totalement liquides)

Signes extra intestinaux

➤ *Syndrome de fatigue chronique*

➤ *Céphalées*

➤ *Symptômes urinaires (Cystite interstitielle, Syndrome de vessie douloureuse)*

➤ *Dyspareunie*

➤ *Fibromyalgie*

Sévérité du SII

Diagnostic différentiel

Symptômes sont communs à de nombreuses pathologies:

DOULEURS ABDOMINO-PELVIENNES

TROUBLES DU TRANSIT

Diagnostic différentiel

Douleurs non intestinales et non digestives



- Biliaires, Pancréatiques,
- gastroduodénale, POIC
- Uro-génitales
- Pariétales par atteinte des nerfs cutanés abdominaux
- Ostéo -articulaires

Diagnostic différentiel

Troubles du transit



- MICI (Crohn, RCH)
- Cancer CR
- Maladie cœliaque
- Intolérances alimentaires
- Mal digestion des disaccharides
- Pancréatite chronique
- Neuropathies, myopathies
- Infections GI
- Dysthyroidies
- Maladies métaboliques
- Effets secondaires des médicaments
- Autres troubles fonctionnels GI

Quand explorer ?

- Les explorations sont faites pour mettre en évidence des pathologies organiques, et non pas pour faire le diagnostic de SII
- Leurs indications sont « théoriquement » bien définies (présence de signes d'alarme et âge plus de 50 ans)
- Éviter les examens irradiants et invasifs
- Minimum: FNS, CRP et VS pour les SII avec diarrhée, copro parasitologie (sous nos cieux)
- La sérologie de la maladie coéliquaue en cas de SII avec diarrhée ou mixte et dans tous les cas si zones de haute prévalence (UK > 3 %)

Quand explorer ?

- Innocuité, efficacité, rentabilité
- Ne pas tomber dans l'engrenage des explorations itératives qui peuvent aboutir à des traitements non anodins (cholécystectomie, appendicectomie, hystérectomies)
- Les patients avec troubles psychiques importants ne sont pas rassurés par la normalité des examens (prendre en charge le problème psy)
- Devant l'apparition de symptômes nouveaux (signes d'alarme)
- Echec d'un traitement bien conduit.

Physiopathologie

Multiples, complexes et imparfaitement connus
Troubles de la motricité
Troubles de la sensibilité viscérale
Troubles de la perméabilité intestinale
Troubles psychologiques
Rôle du facteur infectieux?
Rôle du facteur alimentaire?

1950 — 1960 — 1970 — 1980 — 1990 — 2000 →

Mécanismes

Motricité

Cerveau-intestin

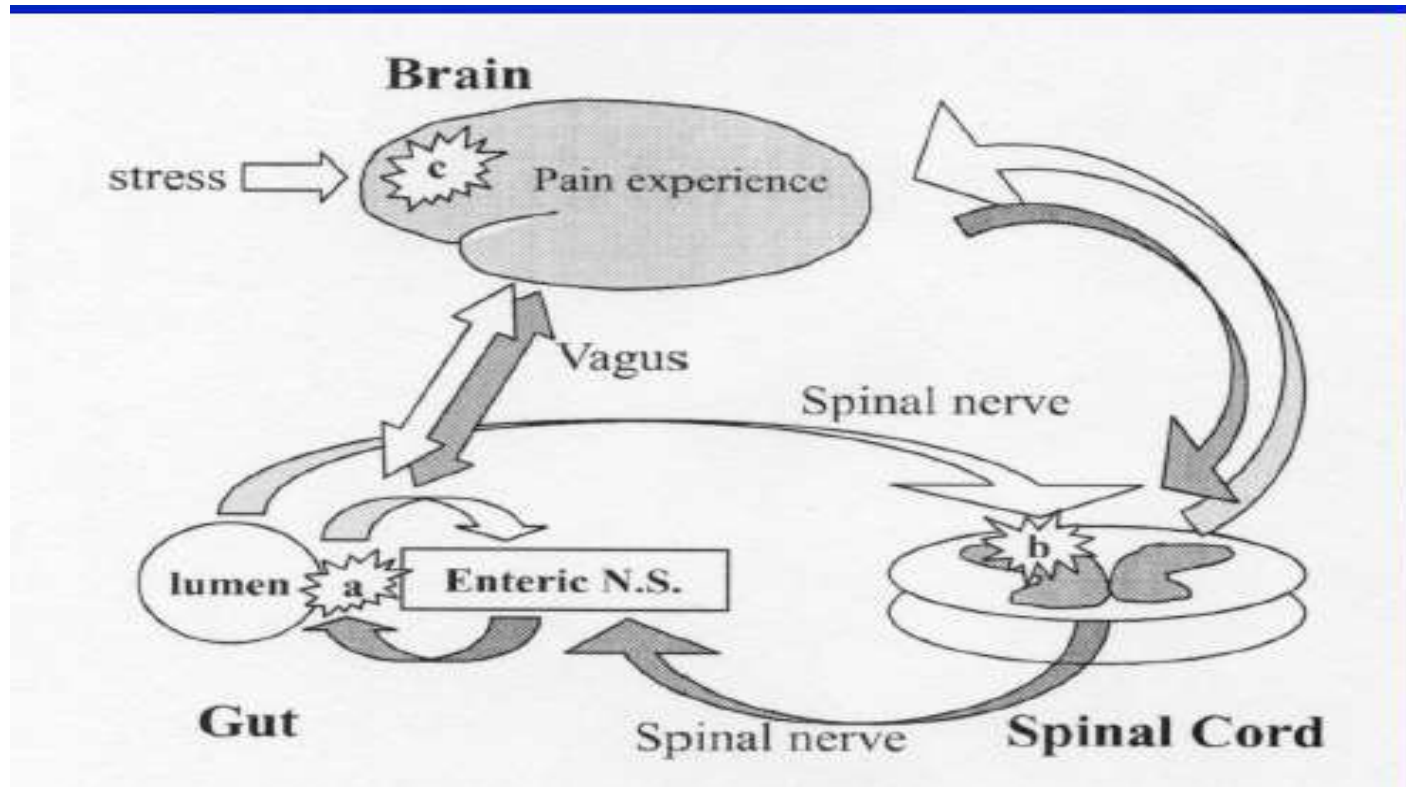
Marqueurs myo-electriques

Inflammation

Hypersensibilité viscérale

Physiopathologie

Relation cerveau-intestin



Infections intestinales

Germes incriminés:
Campylobacter
Shigella
Salmonella

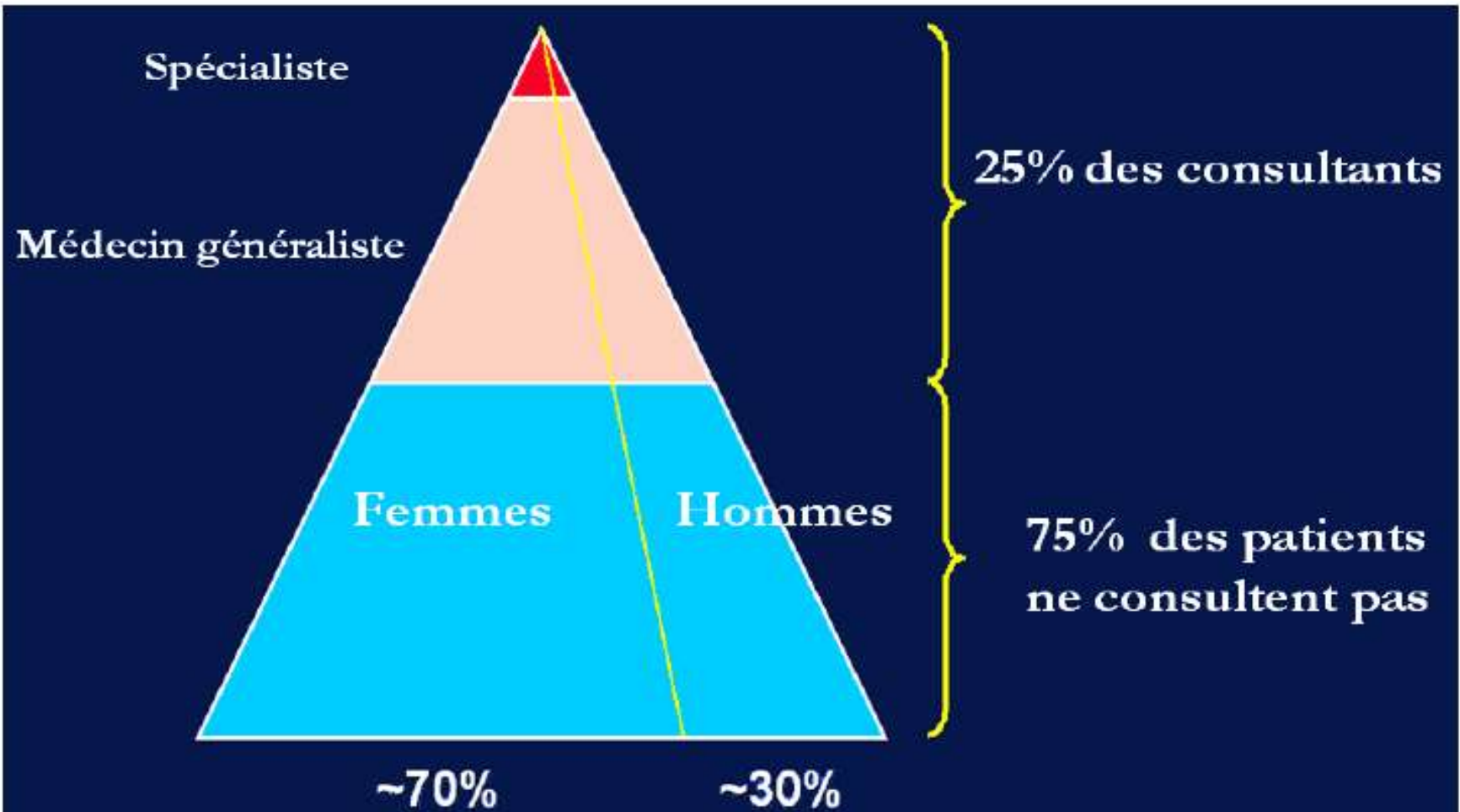
Facteurs prédictifs:
infection aiguë sévère
Anxiété dans les 6 mois
Diarrhée prolongée
Sexe féminin
Vomissements
(facteur protecteur?)

Mécanismes

- *Activation des récepteurs nociceptifs*
- *Sensibilisation des mastocytes*
- *Augmentation locale des cellules inflammatoires et des cytokines pro inflammatoires*

Syndrome de
l'intestin irritable

Prise en charge



Prise en charge



- Le premier contact médecin-patient est important;
- Abord avec empathie, mise en confiance du patient
- Prendre le temps nécessaire pour l'écoute des patients
- Analyse des plaintes, identifier le symptôme prédominant (cible du traitement) sans oublier d'identifier d'éventuels signes extra digestifs
- Evaluation psychique (anxiété, dépression, somatisation)
- Examen physique complet
- Donner des explications claires et compréhensibles (schémas explicatifs)

Prise en charge

- Doivent être guidées par la nature et la sévérité des symptômes
- Une explication claire est parfois suffisante au patient
- Respecter le choix des malades (certains ne veulent pas prendre de médicaments).
- Devant l'absence de bases physiopathologiques; le traitement sera institué par palier, selon la réponse et la tolérance au médicament, en se fixant avec le malades des objectifs bien précis (soulager les symptômes et améliorer la qualité de vie), sans pour autant obtenir une guérison complète et durable
- Le médecin doit être ouvert à toutes les options thérapeutiques (non médicamenteuses)

Armes thérapeutiques

- Règles hygiéno-diététiques
- Antispasmodiques
- Laxatifs
- Anti diarrhéiques
- Antidépresseurs
- Traitement psychologique

Règles hygiéno-diététiques

- Repos physique et psychique, éviter le stress
- Réorientation professionnelle si le travail est stressant
- Faire 3 repas équilibrés par jour en répartissant les fibres alimentaires de façon homogène sur la journée
- Manger lentement au calme et en machant correctement les aliments
- Régime????
- Régime pauvre en FODMAPs (fermentable oligo-di-mono saccharides and polyols) efficacité peut atteindre les 80% quand il est maintenu 4 à 6 semaines

Principales sources de FODMAPs

Fructose

Pomme, pêche, mangue, poire, pastèque, miel, fruits secs, concentré de fruits

Lactose

lait, crème glacée, yaourt, fromages légers et frais

Oligosaccharides

Artichauts, asperges, brocolis, choux et Bruxelles, betteraves, ail, choux, poireau, gombo, oignons, pois, échalote, Riz, blé

Antispasmodiques

<i>Antispasmodique</i>	<i>Mécanisme</i>
<i>Mebeverine (Debridat) Phloroglucinol (Spasfon)</i>	<i>Musculotropes</i>
<i>Citrate d'alverine (Météospasmyl) Pinevarium (Dicetel)</i>	<i>Inhibiteurs des canaux calciques</i>
<i>Trimebutine (Duspatalin)</i>	<i>Agonistes des récepteurs opioïdes</i>

Réduction de la
motricité colique et du
reflexe gastro colique
lors de la prise
alimentaire



DOULEUR

Antispasmodiques (modalités de prescription)

- Les antispasmodiques ont une efficacité équivalente sur la douleur du syndrome de l'intestin irritable.
- On prescrit celui qu'on connaît le mieux.
- Débuter par une dose maximale pendant la crise (7 à 10 jours) puis diminuer à une dose efficace pendant 1 à 2 mois.
- En cas d'échec, on peut changer d'antispasmodique ou en associer deux.
- A long terme leur efficacité et leur tolérance n'est pas connue. Un traitement au long cours n'est pas justifié.



Laxatifs



SII-Constipation



Laxatifs hydro absorbants:

favorisent l'évacuation intestinale en augmentant le volume des selles et leur contenu en eau
Polysaccharides naturels (son)
Mucilages (extraits d'algues, de gomme, de lin et de psyllium)

Laxatifs lubrifiants:

Lubrifiant la muqueuse sans effet sur le péristaltisme
Vaseline, huile de paraffine

Laxatifs stimulants:

Augmentent la sécrétion d'eau, de mucus et d'électrolytes par la paroi intestinale et renforcent les mouvements péristaltiques
Mais dangereux peuvent induire de la diarrhée avec hypokaliémie
Dérivés de phénolphtaléine et de bisacotyl
Dérivés anthraquinones: séné, rhubarbe, aloé, tamarin,...

Laxatifs

Laxatifs détergents:

Huile de ricin et le dioctyl-sulfo-succinate de sodium (Docusate)

Effet rapide mais très irritant pour la muqueuse

Laxatifs osmotiques:

Appel d'eau , hydratation de la selle

Lactulose, Sorbitol

Hormis le lactulose, les fibres, les mucilages et les lubrifiants, les autres laxatifs sont nocifs et doivent être utilisés avec prudence , surtout pas de façon répétée ou prolongée.

Anti diarrhéiques: SII avec diarrhée

Lopéramide +++

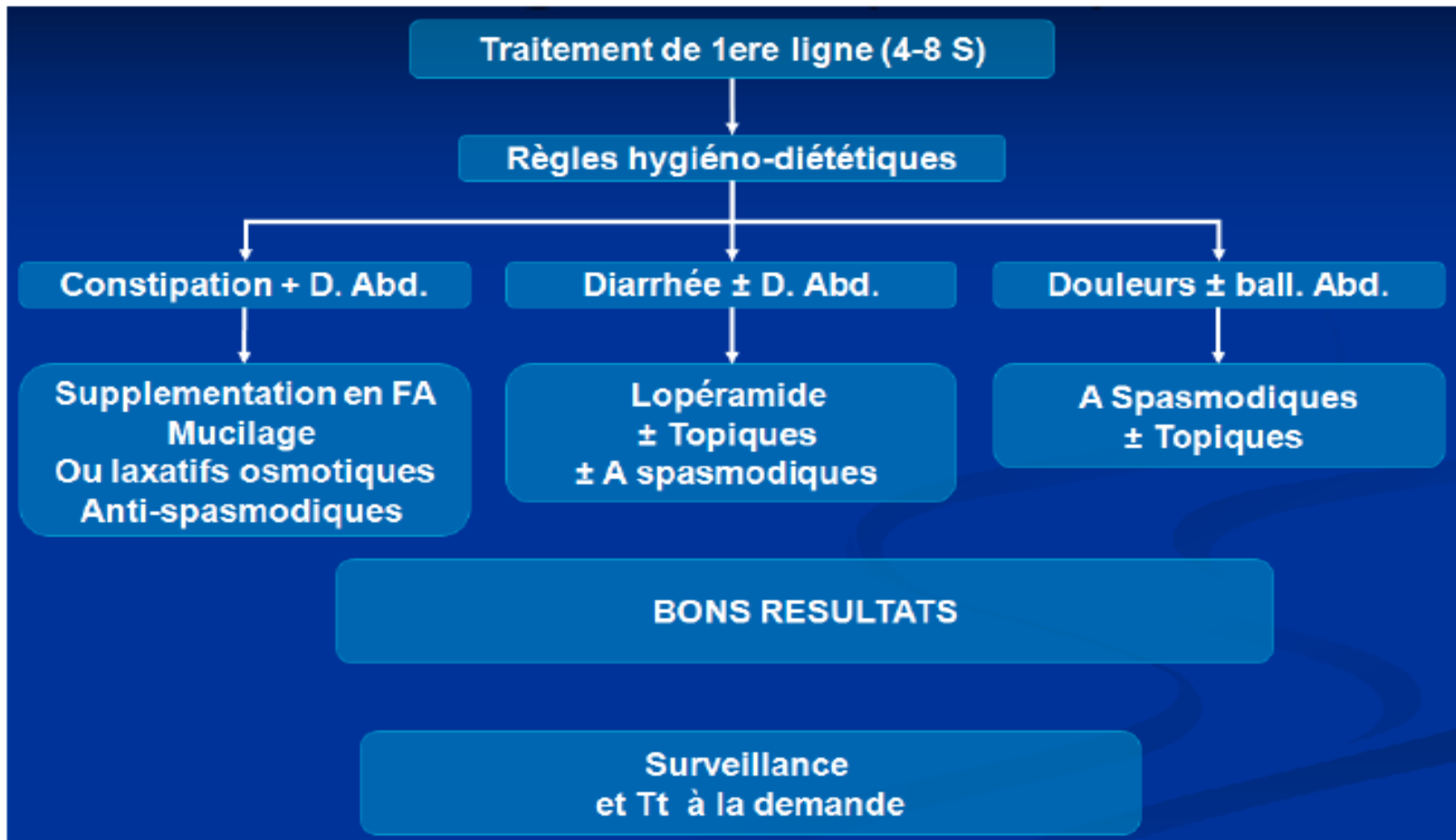
Opioïde synthétique – 2-4 mg / 4 fois / j .

Diminue le temps de transit intestinal, augmente l'absorption d'eau et d'électrolytes et augmente le tonus anal de base, ne traverse pas la barrière hémato-méningée.

Topiques adsorbants : argile, kaolin.



Stratégie thérapeutique



Stratégie thérapeutique

Traitement de 1ere ligne (4-8 S)



**En cas d'échec du traitement
conventionnel**

Surveillance
et Tt à la demande

Constip

Supple

Ou laxa
Anti-s

l. Abd.

ques
s

Antidépresseurs

Indication : cas douloureux et sévères, réfractaires et/ou avec dépression

Tricycliques: Imipramine, Amypriptiline

Faible dose initiale

Prise vespérale au début,

Paliers tous les 4 à 5 jours,

Doses non antidépressives (30 – 50 mg/j),

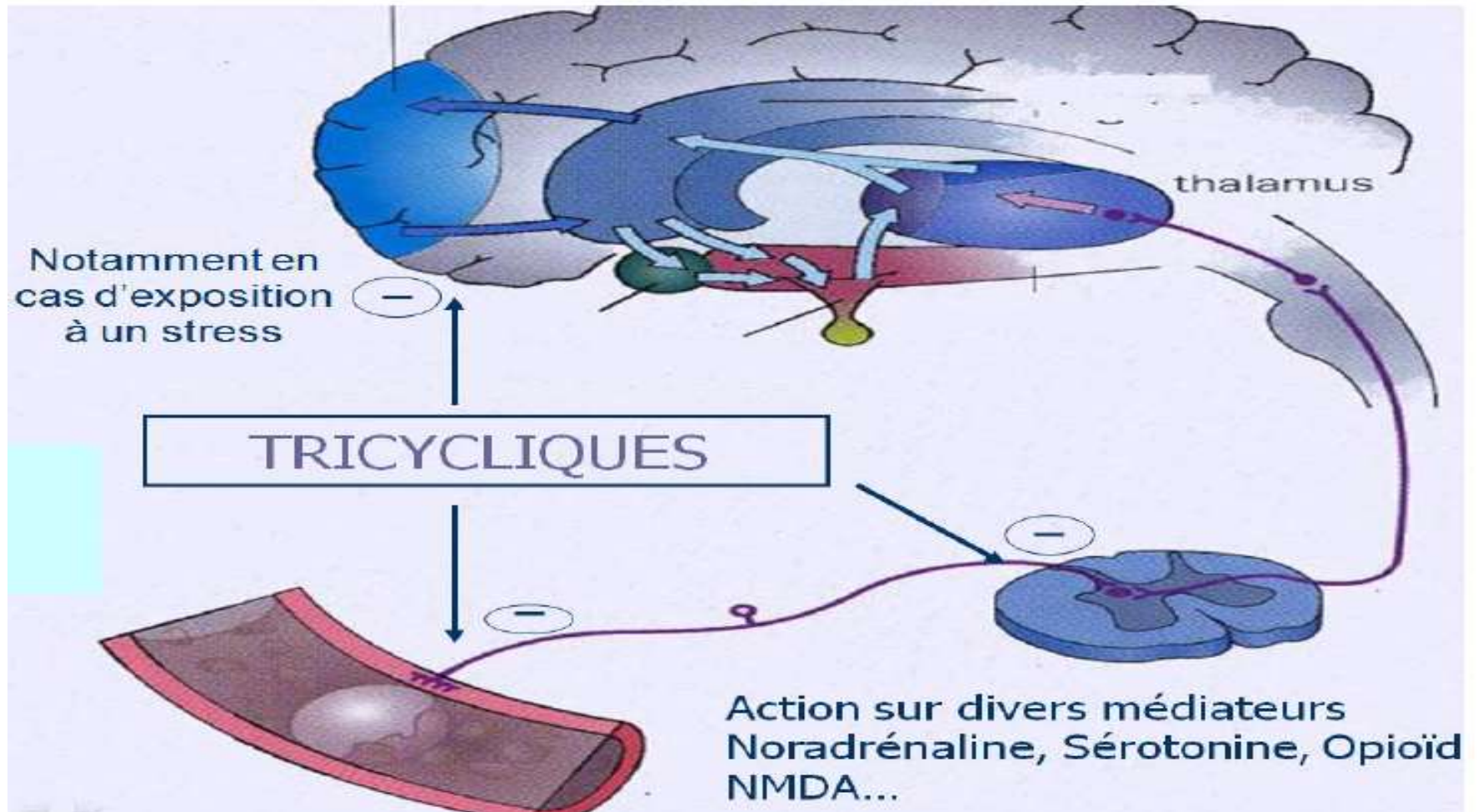
Essai de 1 à 3 mois,

Si succès, décroissance après 6e mois.

Problème de Compliance
Effets secondaires ++

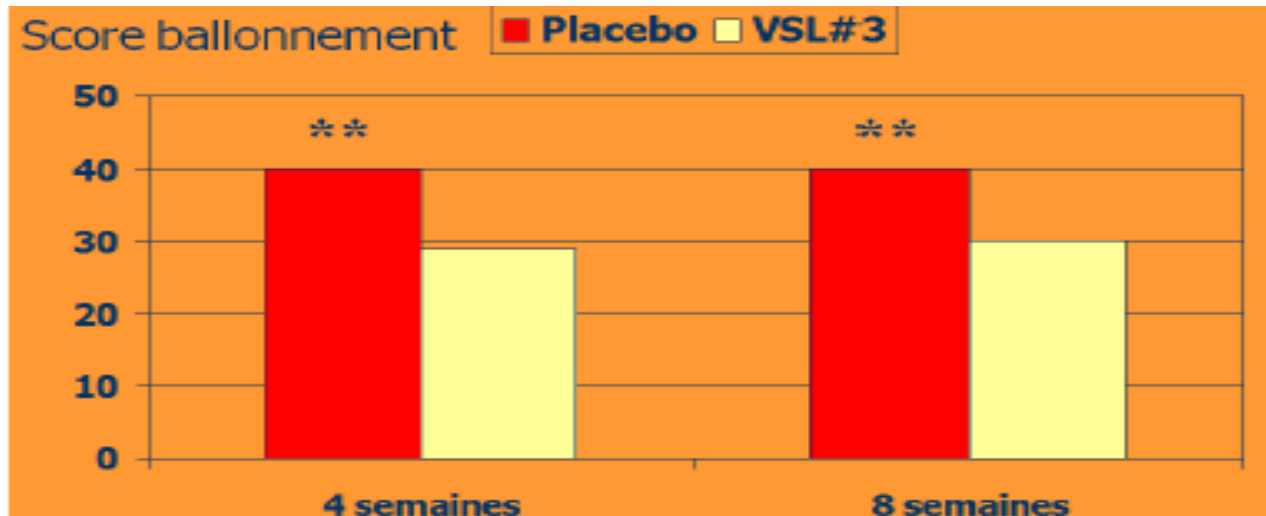
EXPLIQUER (++)

Antidépresseurs



Probiotiques

- Bifidobacterium infantis agit sur les douleurs et les ballonnements
- VSL#3 agit sur les ballonnements



Médicaments qui agissent sur les récepteurs de la sérotonine

- **ALOSETRON (5HT₃ -)**

Constipation réfractaire

Colite ischémique

- **CILANSETRON (5HT₃ -)**

Quelques cas de colites ischémiques

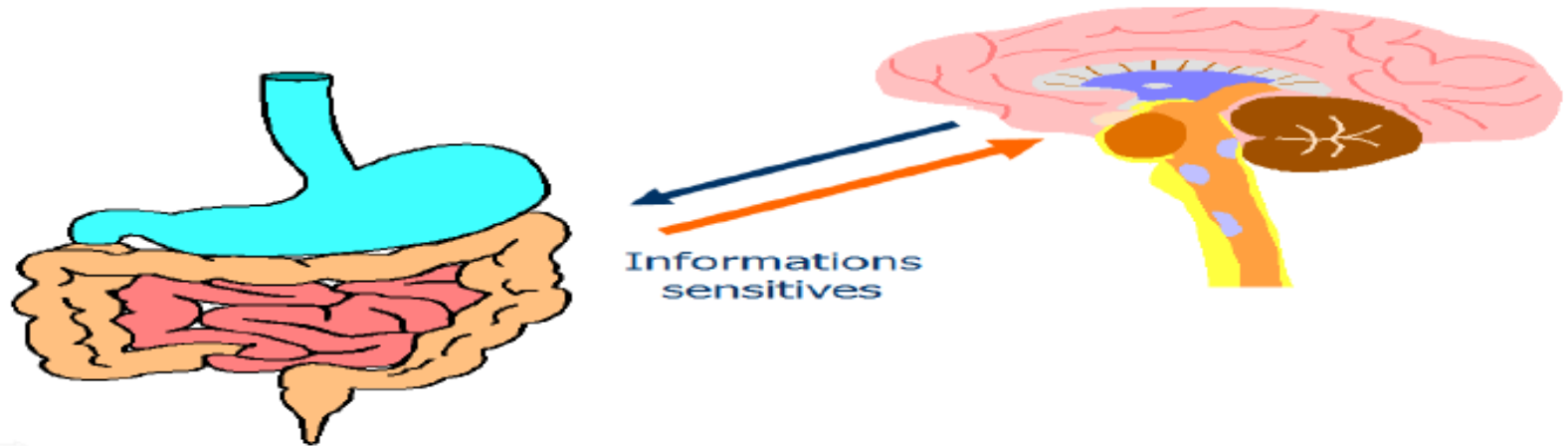
FDA : Nouvelles études à ½ dose nécessaires.

- **TEGASEROD (5HT₄ +)**

Diarrhée réfractaire

Efficacité thérapeutique jugée insuffisante

Traitements à visée psychologique



Importance ++ des relations patient/médecin (Formation médicale ?)

- Psychothérapie ;
- Thérapie comportementale cognitive
- Thérapie psycho dynamique
- Séances de relaxation
- Hypno thérapie

Indications : cas réfractaires aux médicaments habituels+ troubles psychologiques évidents

Suivi du patient

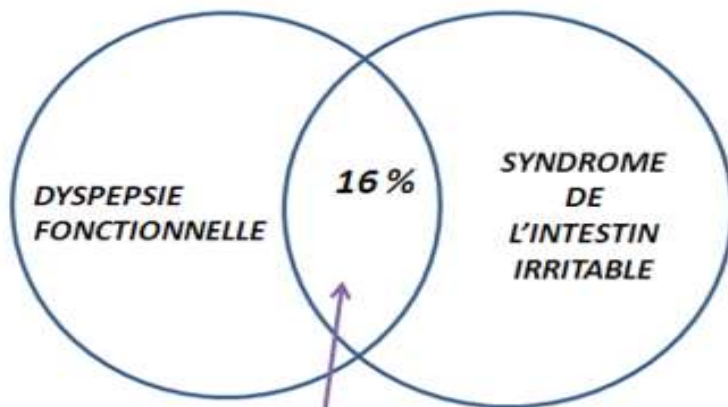
- Discussion commune (médecins généraliste ou spécialiste)
- Le rythme des consultations dépend de la sévérité des symptômes
- Formes minimales à modérées: les consultations sont espacées, patients ont peu ou pas de troubles psychiques, et ont surtout besoin d'être rassurés (absence de cancer).
- Formes sévères, avec troubles psychiques évidents: la prise en charge doit être plus attentive, car se sont des malades grands demandeurs de soins , et d'explorations.
- Si besoin aide du psychologue ou du psychiatre

Suivi du patient

Evolution des symptômes

- A court terme, évolution poussées de courtes durées
- A long terme plus de la moitié des patients sont toujours symptomatiques

Chevauchement avec un autre trouble fonctionnel digestif



Chevauchement

Evolution vers un autre sous type de SII



Conclusion

- Le syndrome de l'intestin irritable est une pathologie chronique, qui évolue par poussée-rémission, et la plupart des patients restent symptomatiques pendant plusieurs années
- Le diagnostic est clinique, les explorations ne sont pas toujours nécessaires
- Le suivi doit être régulier, attentif, et systématisé
- La prise en charge peut être difficile; pour les formes sévères avec troubles psychiques et manifestations extra digestives
- Repose sur l'écoute, l'empathie, soutien psychologique du patient

