

Item 281 – Colopathie fonctionnelle – Syndrome de l'intestin irritable

Définition	Coexistence de dlr abdo chroniques et trb du transit (constipation, diarrhée, alternance) fluctuants																					
Critères de Rome IV	<p>Douleur abdominale récurrente survenant au moins 1x/semaine dans les 3 derniers mois avec au moins 2 des critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Association à la défécation - Associée à modification de la fréquence des selles - Associée à une modification de la consistance des selles <p>Sous-groupes selon l'échelle de Bristol :</p> <ul style="list-style-type: none"> • SII-C : Bristol 1-2 \geq 25%, Bristol 6-7 \leq 25% • SII-D : Bristol 6-7 \geq 25%, Bristol 1-2 \leq 25% • SII-A : Bristol 1-2 25%, Bristol 6-7 25% 																					
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;">Type 1</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"></td> <td style="padding: 5px;">Selles dures et détachées, ressemblant à des noisettes. Difficiles à évacuer</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Type 2</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"></td> <td style="padding: 5px;">En forme de saucisse, mais dures et grumeleuses. (difficile de passer)</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Type 3</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"></td> <td style="padding: 5px;">Comme une saucisse, mais avec des craquelures sur la surface</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Type 4</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"></td> <td style="padding: 5px;">Ressemble à une saucisse ou un serpent, lisse et douce</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Type 5</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"></td> <td style="padding: 5px;">Morceaux mous, avec des bords nets (néanmoins aisés à évacuer)</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Type 6</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"></td> <td style="padding: 5px;">Morceaux duveteux, en lambeaux, selles détrempées</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Type 7</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"></td> <td style="padding: 5px;">Pas de morceau solide, entièrement liquide</td> </tr> </table>		Type 1		Selles dures et détachées, ressemblant à des noisettes. Difficiles à évacuer	Type 2		En forme de saucisse, mais dures et grumeleuses. (difficile de passer)	Type 3		Comme une saucisse, mais avec des craquelures sur la surface	Type 4		Ressemble à une saucisse ou un serpent, lisse et douce	Type 5		Morceaux mous, avec des bords nets (néanmoins aisés à évacuer)	Type 6		Morceaux duveteux, en lambeaux, selles détrempées	Type 7	
Type 1		Selles dures et détachées, ressemblant à des noisettes. Difficiles à évacuer																				
Type 2		En forme de saucisse, mais dures et grumeleuses. (difficile de passer)																				
Type 3		Comme une saucisse, mais avec des craquelures sur la surface																				
Type 4		Ressemble à une saucisse ou un serpent, lisse et douce																				
Type 5		Morceaux mous, avec des bords nets (néanmoins aisés à évacuer)																				
Type 6		Morceaux duveteux, en lambeaux, selles détrempées																				
Type 7		Pas de morceau solide, entièrement liquide																				
Epidémiologie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 5-15% dans le monde, 5% en France ▪ 70% de femmes ▪ 30-40 ans ▪ <u>Contextes de survenue</u> : <ul style="list-style-type: none"> - SII post-infectieux (20%): au décours d'une GEA - SII post-inflammatoire (30%) : symptômes persistants aux décours des poussées des MICI pourtant considérées en rémission ▪ <u>3 types</u> : <ul style="list-style-type: none"> ➤ SII-C : constipation prédominante ➤ SII-D : diarrhée prédominante ➤ SII – A : alternance 																					
Physiopathologie	<i>Troubles de la motricité digestive</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intestin grêle : motricité interdigestive et postprandiale ▪ Côlon : post-prandial ▪ +/- déclenchés par alimentation / stress 																				
	<i>Troubles de la sensibilité digestive</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 2/3 d'hypersensibilité viscérale ▪ Perception de façon pénible les phénomènes physiologiques (distorsion intestinale, contractions) ▪ Tests de distension rectale (=> abaissement du seuil), anomalies des zones de projection douloureuse ▪ Sensibilité somatique normale ▪ <u>Mécanismes</u> : sensibilisation des terminaisons sensibles de la paroi digestive, hyperexcitabilité des neurones de la corne post, trouble de l'intégration des messages 																				
	<i>Inflammation et microbiote</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Etat inflammatoire de bas grade : infiltrat de mastocytes à proximité des terminaisons nerveuses 																				

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Altérations du microbiote => augmentation de la perméabilité de l'épithélium + perpétuation de la réponse inflammatoire ▪ Pullulation microbienne intestinale + fréquemment observée chez SII-D
<p><i>Influence des troubles psychologiques</i></p>		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Névrose d'angoisse ou phobique, état dépressif, histoire d'événements de vie douloureux, exposition régulière à des événements stressants ▪ Stress et trb psychologiques = cofacteurs influençant la sévérité des SII
<p>Clinique</p>		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Douleur abdominale <ul style="list-style-type: none"> - Chronique > 3 mois - Survenant ≥ 1 / sem - Type de spasme - FIG ++, hypogastre - Matinale ou post-prandiale - Absente la nuit - Intermittente, par crises de quelques heures à qq jours - Soulagée par émission de gaz et/ou de selles - Augmentées par le stress ou une anxiété - Calmée par périodes de repos - +/- type de brûlure continue nocturne et diurne, perturbation du sommeil ▪ Ballonnement abdominal : simple gêne -> tension permanente, amélioré par émission de gaz/selles ▪ Trb du transit constants : constipation, diarrhée (besoin impérieux, présence de résidus alimentaires, post-prandiaux => diarrhée motrice), alternance possible ▪ <u>Autres signes fonctionnels</u> : <ul style="list-style-type: none"> ○ Signes digestifs : dyspepsie, pesanteur épigastrique, sensation de digestion lente, satiété précoce, détresse post-prandiale, +/- RGO sans œsophagite ○ Symptômes extradigestifs isolés : céphalées, arthralgies, myalgies, asthénie, bouffées de chaleur, pollakiurie, dyspareunie, fibromyalgie, syndrome de fatigue chronique
<p>Conduite diagnostique</p>		<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>3 arguments</u> : trb digestifs chroniques, absence d'AEG, normalité de examen clinique ▪ Palpation abdo peut réveiller dlr ▪ <u>Evocateurs</u> : intensité et polymorphisme + absence de signes objectifs à l'examen, absence d'AEG, ancienneté des sympt, contexte psychologique, influence du stress / événements sociaux et affectifs ▪ <u>Explorations complémentaires</u> : <ul style="list-style-type: none"> ○ SII-D ou SII-A : TSH, rech maladie cœliaque (rch Ac ati-transglutaminase), examen parasito des selles, calprotectine fécale ○ Coloscopie : dépistage de lésion organique colique ou iléale terminale, biopsie (colite microscopique) ○ Endoscopie si symptômes dyspeptiques, diarrhées (biopsies duodénales : exclure atrophie villositaire ou parasitose) ○ Intolérance au lactose ou pullulation microbienne intestinale : tests respiratoires au lactose et lactulose <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p><i>Indications de coloscopiedans SII :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • ATCD familial de cancer ou adénomes colorectaux • > 50 ans • Sympt récents ou récemmnt modifiés • R au Tt sympto • Signes d'alarme : hémorragie digestive, anomalies examen clinique, amaigrissement </div>
<p>Traitement</p>	<p>Tt à visée antalgique</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Antispasmodiques (citrate d'alvérine, mévébérine, bromure de pinavérium, trimébutine) : 1^{ère} intention pour dlr abdo et ballonnement sans distension, phoroglucinol pour accès douloureux paroxystiques ▪ Pansements gastro-intestinaux

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Médicaments agissant sur la sensibilité viscérale : antidépresseurs tricycliques (amitriptyline), certains IRS (escitalopram)
Tt régularisant transit	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Laxatifs : laxatifs osmotiques à base de polyéthylène-glycol (Forlax[®], Movicol[®], Transipeg[®]), ou de sucres (Suphalac[®], Importal[®]), mucilagineux à base de gomme (Spagulax[®], Transilane[®]) Risque de majoration des ballonnements avec laxatifs à base de sucres et mucilagineux ▪ Antidiarrhéiques : opiacés synthétiques (Lopéramide)
Tt du ballonnement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Régime pauvre en FODMAP, certains probiotiques ▪ Certains médocs des dlr abdo
Régimes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Règles diététiques simples : repas à heure régulière, limiter caféine et OH, évaluation tolérance des fibres / graisses / lactose) ▪ Eviction des aliments identifiés comme facteurs aggravants : FODMAP (↓ ballonnement, flatulences, dlr abdo, diarrhée), régime sans gluten
Action sur microbiote	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Probiotiques
PEC psychologiques et médecines alternatives	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Psychologue, psychiatre ▪ Groupe de parole : APSSII (Association des patients souffrant du SII) ▪ Hypnose, thérapies cognitivo-comportementales ▪ Information des patients