

LA REPUBLIQUE ALGEREIJENNE DEMOCRATIQUE ET DE POPULATION

Université de Batna 2

Faculté de médecine

# Syndrome de l'intestin irritable

Dr. S. AFTIS Maitre-assistante en Hépatogastroentérologie

Service de chirurgie générale

Cours 4<sup>ème</sup> année

Année universitaire 2019-2020

## PLAN

- I. INTRODUCTION**
  - 1. Définition**
  - 2. Intérêt**
- II. CLASSIFICATION**
- III. EPIDEMIOLOGIE**
- IV. PHYSIOPATHOLOGIE**
- V. MANIFESTATIONS CLINIQUES**
- VI. EXAMENS COMPLEMENTAIRES**
  - 1. Bilan de première ligne**
  - 2. Bilan de seconde ligne**
- VII. DC POSITIF**
- VIII. FORMES CLINIQUES**
- IX. STRATEGIE THERAPEUTIQUE**
  - 1. Buts**
  - 2. Principes généraux**
  - 3. Armes thérapeutiques**
- X. CONCLUSION**

## I. INTRODUCTION

### 1. Définition :

Entité nosologique faisant partie des troubles fonctionnels digestifs, caractérisée par un ensemble de symptômes digestifs chroniques (douleurs abdominales, Trouble du transit et de l'exonération), intermittents ou permanents sans altération de nature anatomique, biochimique ou métabolique. Les tableaux cliniques sont +/- caractéristiques en tout cas polymorphe et hétérogène.

### 2. Intérêt:

- Motif fréquent de consultation 20-30%
- Grande polymorphisme clinique.
- Diagnostic d'exclusion.
- Progrès dans la compréhension physiopathologique.
- TRT n'est que symptomatique et reste décevant.
- Pc : Bon c'est une affection bénigne mais peut altérer la qualité de vie.
- Retentissement économique considérable.

## II. CLASSIFICATION:

Plusieurs tentatives de classifications :

- Manning: 1978, Rome I: 1992, Rome II: 1999, Rome III: 2005 (publié 2006). Rome IV (apparue en 2016)

**Définition** : Un patient pourrait être atteint du SII s'il connaît une **douleur abdominale récurrente** au moins une fois par semaine en moyenne depuis les trois derniers mois, et qu'elle est associée à au moins deux de ces critères :

- ✓ En relation avec la défécation
- ✓ un changement dans la fréquence des selles
- ✓ un changement dans la forme (apparence) des selles
- ❖ Critères satisfaits pendant les trois derniers mois avec l'apparition de symptômes au moins six mois avant le diagnostic.

En fonction du type de selles: 4 sous-groupes

- SII avec constipation prédominante
- SII avec diarrhée prédominante

- SII mixte
- SII inclassable
- ❖ Pour qualifier la consistance des selles, il convient de se référer à l'échelle de Bristol :
  - 1- Boules dures séparées (scyballes), difficiles à expulser.
  - 2- Selle moulée mais faite de grumeaux apparents.
  - 3- Selle moulée et craquelée.
  - 4- Selle moulée, lisse et molle.
  - 5- Morceaux solides mais mous, clairement séparés les uns des autres et faciles à expulser.
  - 6- Selles pâteuses avec des morceaux solides non distincts les uns des autres.
  - 7- Selles liquides.

Cela a permis Meilleure approche clinique CEPENDANT : Instabilité dans le tps chez un même patient ++, Chevauchements, Utilisation difficile en pratique courante.

### III. EPIDEMIOLOGIE :

- **Prévalence** : 20à30% de la population générale; sa prévalence en Algérie est inconnue
- **Age** : pic de fréquence entre 30 et 40 ans , chez l'enfant : pic à 9 ans .
- **Sexe** : 2F/1H.

### IV. PHYSIOPATHOLOGIE

C'est l'expression d'une pathologie multifactorielle, dont les facteurs pathogéniques comprennent une prédisposition génétique, des troubles de la motilité intestinale, une hypersensibilité viscérale, des phénomènes immunologiques au niveau des muqueuses, des troubles de l'interaction cerveau-intestin, ainsi que des caractéristiques de la petite enfance et des facteurs psychosociaux

Hypothèses actuelles :

- La micro inflammation **et** l'activation immunitaire : patient MICI : RR de 3
- Anomalie qualitative et quantitative du microbiote intestinale : il semble exister une altération de la flore commensale ;
  - A) Quantitative: pullulation bactérienne dans le grêle : production excessive de gaz, inflammation et donc trouble de la motricité et de la sensibilité intestinale
  - B) Qualitative : Une augmentation du rapport Firmicutes/ Bactéroïdètes chez les malades souffrant d'un SII avec constipation, en association avec un état dépressif. Chez les

malades souffrant d'un SII diarrhéique, une augmentation des bactéroïdes et des clostridia, associée à une réduction des bifidobactéries.

- Barrière muqueuse : augmentation de la perméabilité, exposition antigène activation du système immunitaire local.
- Un excès d'acides biliaires endoluminaux ; par excès de synthèse hépatique ou anomalie du site d'absorption ou par anomalie du microbiote qui limite leur transformation
- Anomalies de signalisation de la sérotonine: augmentation ou diminution de la libération

## V. MANIFESTATIONS CLINIQUES :

### TDD : SII d'intensité modéré chez une femme jeune :

Chez une femme ayant un terrain psychologique particulier, anxieuse :

1. Douleur et Inconfort abdominal : Variable (siège /intensité), Quotidienne / périodique, Intermittente Permanente; d'évolution Chronique ± paroxysme ; Déclenchée : repas /stress, Soulagée : repos, vacances

2. Ballonnement abdominal : Difficile à apprécier, Fréquent, S'aggrave dans la journée.

3. Troubles de transit : Diarrhée- constipation

- Constipation +++ : < 3selles /S avec des exonérations laborieuses + des exonérations incomplètes.

- Diarrhée : impérieuse, d'horaire matinal ou postprandial, pas d'éléments anormaux

D'autres symptômes digestifs peuvent se voir : dyspepsie, nausées, vomissements ou extra digestifs.

4. Signes généraux : absents

- L'interrogatoire : minutieux, à la recherche : notion relative au terrain, signes d'alarme qui doivent être absent, jamais : hémorragie digestive, ictère, AMG important, Anémie, Masse abdominale, Fièvre.

5. Signes physiques : Normal ou sensibilité abdominale le long du trajet colique ou parfois météorisme

Abdominal, TR normal,

-Signes (-) : HPM, masse, ascite, Tm rectale, SPM, ictère : (-)

- EG conservé.

**VI. EXAMENS COMPLEMENTAIRES:** aucune anomalie

- But des examens : écarter une autre cause organique : cancer colorectal +++mais également autres affections : Maladie inflammatoire de l'intestin

**1. Bilan de première ligne :**

- Bilan biologique standard : FNS, VS, CRP
- Iléo coloscopie totale avec biopsies étagées
- Échographie abdominale si douleurs +++
- Coproparasitologie des selles si diarrhée.

**2. Bilan de seconde ligne :** - Non systématique, Si bilan initial non contributif ou Échec au traitement de première ligne, Conduit en fonction du symptôme prédominant

- Diarrhée chronique : Bilan thyroïdien ; Test d'exclusion au lactose ou breathtest, Endoscopie haute + Bx, Tests d'absorption intestinale, Enteroscanner, Enteroscopie, Vidéo capsule.
- Constipation chronique : Transit aux marqueurs radio opaques, Manométrie anorectale, Défecographie ; Bilan thyroïdien
- Douleur : TDM abdomino-pelvienne,

**VII. DC POSITIF :** Basé sur des critères cliniques

- Éléments d'orientation :
  - 1) Caractères des symptômes intestinaux++ : Hautement probable si : Patient jeune < 45 ans, Symptomatologie ancienne et uniforme, diurne ++ , Déclenchée : repas, stress , Soulagée : défécation ,repos et vacances avec un état général conservé , Pas de signes d'alarme , Terrain psychologique , Bonne réponse au traitement empirique
  - 2) Il faut explorer: Age > 45 – 50 ans ; Tableau récent ; ATCD familial de polype ou cancer ; Échec au traitement empirique ; Aggravation récente des symptômes habituels. Existence de signes d'alarme .diarrhée chronique

**VIII. FORMES CLINIQUES :**

Symptomatique : Forme à prédominance de diarrhée .Forme à prédominance de constipation + douleurs. Forme douloureuse à l'alternance diarrhée- constipation.

- Selon l'intensité : en dehors de la forme modérée : Forme d'intensité minimale .Forme sévère.
- Formes associées :

- ✓ Manifestations Extra digestives : Céphalées, palpitations, asthénie, Douleurs thoraciques, Manifestations urologiques : pollakiurie, dysurie, Lombalgies, fibromyalgies, Manifestation gynécologiques : dyspareunie, Syndrome dépressif, Syndrome de fatigue chronique ....
- ✓ Manifestations digestives : Dyspepsie fonctionnelle, Algies ano-rectales primitives : proctalgies fugace , algies AR psychogènes.Prurit anal ; Mauvaise haleine.
- ✓ IBS+ Maladie cœliaque (5% des TFD)
- ✓ IBS+ Maladie de Crohn (anémie, CRP)
- ✓ IBS+ Parasitose (tænia, lambliase,, ascaris)
- ✓ IBS + Dysthyroïdie (TSH)
- ✓ IBS + Affection génitale (échographie...)

## IX. STRATEGIE THERAPEUTIQUE :

### 1. BUTS :

- Guérir si possible, améliorer l'intensité et la fréquence des symptômes, aboutir une meilleure tolérance et qualité de vie.
- Permettre une vie socioprofessionnelle et personnelle aussi normale que possible.

### 2. PRINCIPES GENERAUX :

- DC certain.
- Etablir une bonne relation médecin –malade +++
- Ne pas nier la réalité des symptômes
- Ne pas exagérer le rôle de la psychologie et du stress
- Rassurer sur la bénignité, Expliquer la chronicité
- Impliquer le malade
- Soulager ++: TRT symptomatique adapté à chaque patient

### 3. ARMES THERAPEUTIQUES :

- **Règles hygiéno-diététiques:** mesures nécessaires mais pas suffisantes
- **Régime alimentaire :**
  - Éviter : régime standardisé, trop sélectif, feuille. Les repas gras.
  - Identifier les tolérances, régime équilibré, alimentation régulière au calme,
  - Hygiène de vie : repos physique et psychique, éviter le stress, sport, activité sociale
- **Antispasmodiques :** ATS non cholinergiques et ATS cholinergiques.
- **TRT de la constipation:** Supplémentation en fibres alimentaires

- Mucilages : Son de blé : Améliore la constipation ++ MAIS: douleur et ballonnement
- Laxatifs osmotiques: PEG, Lactulose
- **TRT de la diarrhée** : Lopéramide ± Topiques adsorbants: Argile – Kaolin.
- **TRT antidépresseurs** : le recours aux antidépresseurs est une alternative thérapeutique à ne pas négliger ; un effet analgésique viscéral, via au moins une action centrale, Les antidépresseurs tricycliques donnés à petites doses sont l'option classique.
- Les antidépresseurs agissant par inhibition de la recapture de la sérotonine (IRS)
- La sérotonine est un important neurotransmetteur libérée par les cellules entérochromaffines a des effets périphériques péristaltiques, sécrétoires, vasculaires et nociceptifs.
- 4. Nouvelles thérapeutiques ciblées** : Cible les différents Mécanismes Physiopathologiques Agents sérotonergiques ; Agonistes des k- opioïdes ; Antibiotiques, Probiotiques
- **Alternatives non médicamenteuses** ++ : Psychothérapie ; Hypnose (douleur : intensité et fréquence +++): Relaxation ; Thérapie comportementale cognitive ...

#### **X. CONCLUSION :**

- Pathologie fréquente encore mal définie
- Problème de santé publique
- Pathogénie encore méconnue
- Traitement symptomatique adapté à chaque cas
- Situation malheureusement souvent décevante