

Syndrome de l'intestin irritable et troubles fonctionnels digestifs

Dr Philippe de Saussure

gastroentérologie et hépatologie F.M.H., Genève

Formation douleur SSED module 4
Morges 6 décembre 2019



retour

1

Syndrome de l'intestin irritable et troubles fonctionnels digestifs

défini-
tions

physio-
psycho-
-patho

diagno-
stic

repré-
sen-
tations

déclen-
cheurs

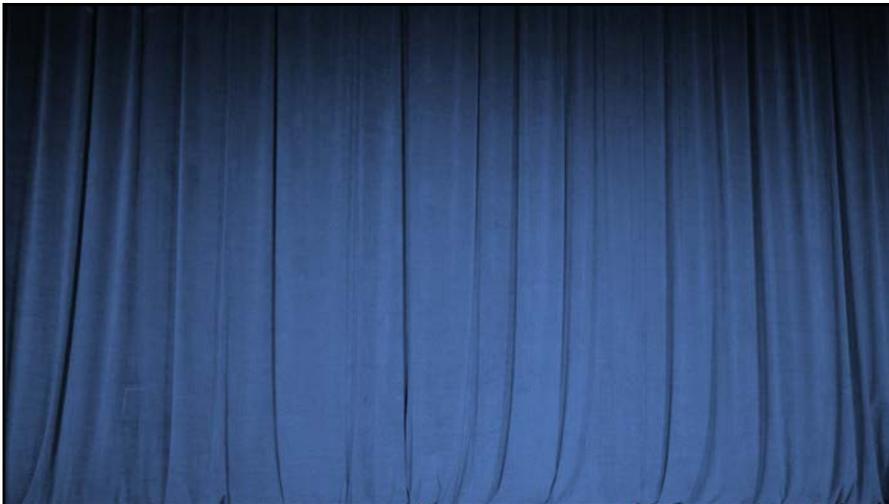
sous
tension

en
pratique

traitement

retour

2



3

Plan

- définition, nomenclature officielle
- physio- et psycho-pathologie
- démarche diagnostique

- le diagnostic: une étape du traitement?
- un travail sous tension: «dans la tête»?
- donner un nom
- un modèle, une explication
- les pseudo-rationalisations

- une consultation

retour

4

Définition, nomenclature

retour

5

Classification 2016 ("Rome IV")

Rome IV—Functional GI Disorders: Disorders of Gut-Brain Interaction

Gastroenterology 2016;150:1257–1261

Table 1. Functional Anorectal Disorders

F. Functional anorectal disorders
F1. Fecal incontinence
F2. Functional anorectal pain
F2a. Levator ani syndrome
F2b. Unspecified functional anorectal pain
F2c. Proctalgia fugax
F3. Functional defecation disorders
F3a. Dyssynergic defecation
F3b. Inadequate defecatory propulsion

C. Functional bowel disorders

- C1. Irritable bowel syndrome
- C2. Functional constipation
- C3. Functional diarrhea
- C4. Functional abdominal bloating/distension
- C5. Unspecified functional bowel disorders
- C6. Opioid-induced constipation

retour

Drossman, GE 2016; 150: 1257

6

physio –
psycho –
pathologie

retour

7

Des faits :

- **Système nerveux entérique (SNE) :**
 - le 3^e composant du SNV
 - 500 millions de neurones
- **Dysfonctions digestives non-lésionnelles**
 - variation individuelle, biographique
 - intolérance commune aux laitages et lipides
 - conditionnement
 - FODMAPs
 - sensibilité non-coeliaque au gluten/blé
 - alimentation aberrante



retour

8

Sy de l'intestin irritable et TFD : **facteurs de risque**

- Fréquence au moins double chez les **femmes**
- « **Traumatismes** » :
 - Formes *post-infectieuses*
 - Post-*chirurgie* abdominale
 - *Adversité, maltraitance, abus sexuels* :
 - association évidente en rétrospectif *
 - pas d'association en étude prospective **
 - *Événements de vie, «déclencheurs»* +++

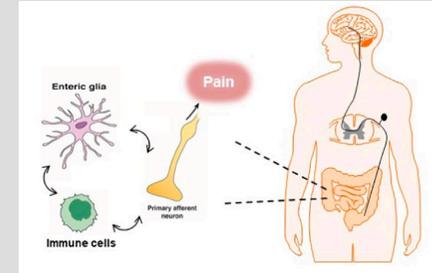
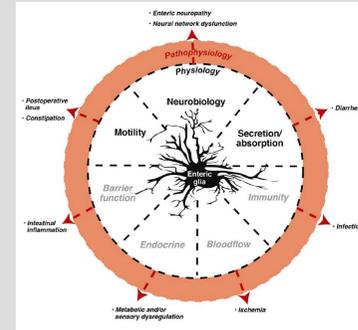
retour

* Chitkara, AJG 2008; 103: 765 **Goodwin, Psychosom Med 2013; 75: 202

9

Une « mémoire digestive » non-psychique?

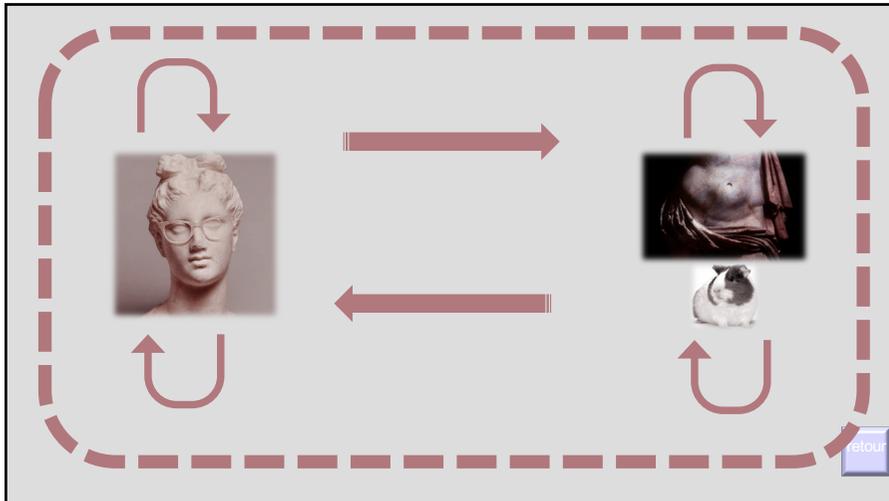
Glie entérique — giomodulation — neuroplasticité



retour

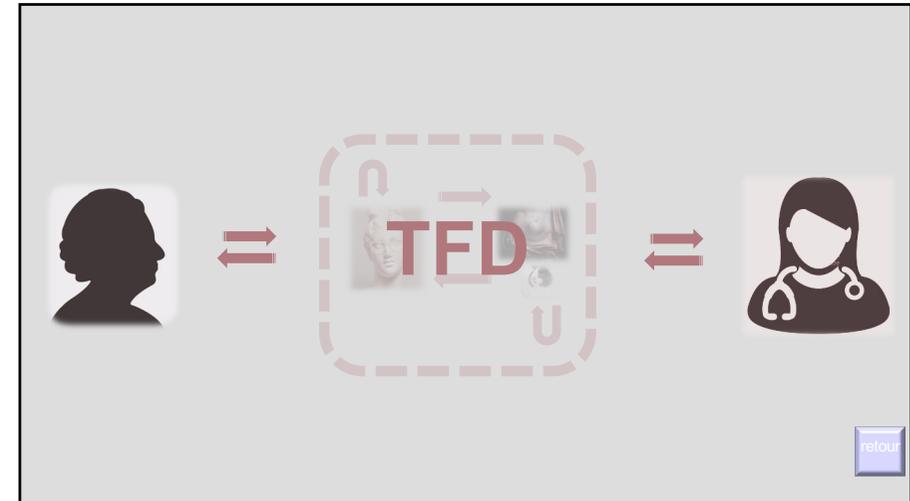
Gulbransen, Gastroenterology 2018; 155: 245
Morales-Soto, Cell Mol Gastroenterol Motil 2019; 7: 433

10



retour

11



retour

12

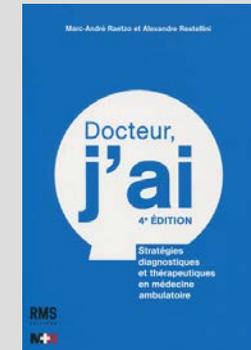
démarche diagnostique

retour

13

Poser le diagnostic

- Cas « simple » : recommandations NICE*
- Pas-à-pas : « Docteur J'ai »
- « tout d'un coup »
- recours au spécialiste



retour

*National Institute for health and Care Excellence

14

Croyances et faits

- **Conception populaire en cas de symptômes de SII*** :
 - « risque de cancer » (~60%)
 - « une coloscopie est nécessaire » (~80%)
- Découverte de **diagnostics alternatifs**** suite à une **coloscopie** en cas symptômes de SII : < 1,5%

retour

*Ahn, World J Gastro 2014; 20: 18360 commentaire: Lau, Gastroenterology 2015; 149: 252
**Cash, Am J Gastro 2002; 97: 2812

15

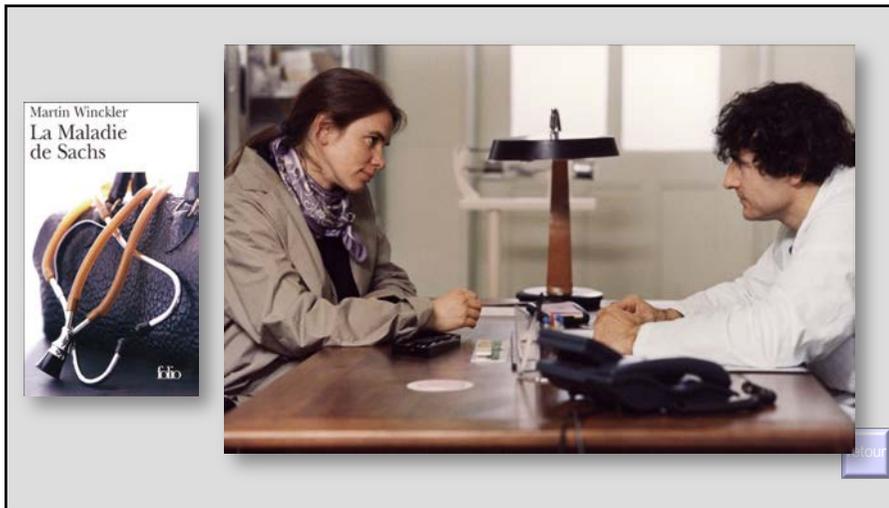
diagnostic « sûr » ? (diapo 2014)

théorème " 95% = 100% "

Quand on a fait une bonne enquête
et que le diagnostic de trouble fonctionnel est certain à > 95%,
il est préférable de dire au patient qu'il l'est à 100%.

retour

16



17

Pronostic

- très bon (« J'ai mal là... »)
- bon majorité
- moyen :
 - douleur chronique
 - enjeu AI
 - contexte non-névrotique

retour

18

le « magma »

« J'ai mal au ventre, de l'acidité, de la diarrhée, je suis constipée, j'ai mal partout... »

- message d'« incohérence »
- position subtilement passive-agressive?
- risques pour le médecin:
 - découragé, renonce à « mettre de l'ordre »
 - caricature
 - considère comme « tout psychique »

retour

19

des représentations

retour

20



retour

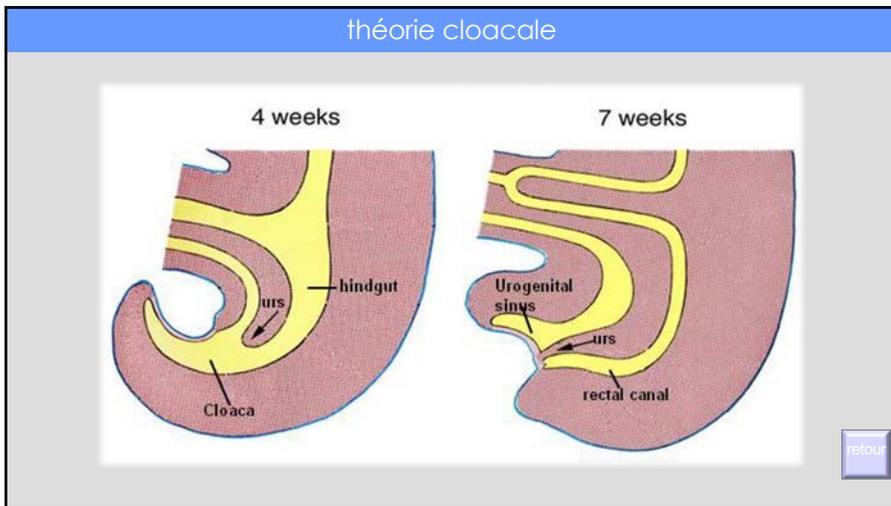
21

Le «tonneau»

Georg Groddeck
1866 - 1934

retour

22



retour

23

Série personnelle n = 53

89% femmes
1 à 3 TFD par personne

- o 21 Sy intestin irritable
- o 18 douleurs abdominales fonctionnelle
- o 8 constipation fonctionnelle
- o 8 dyspepsie
- o 4 anisme
- o 12 autres

retour

24

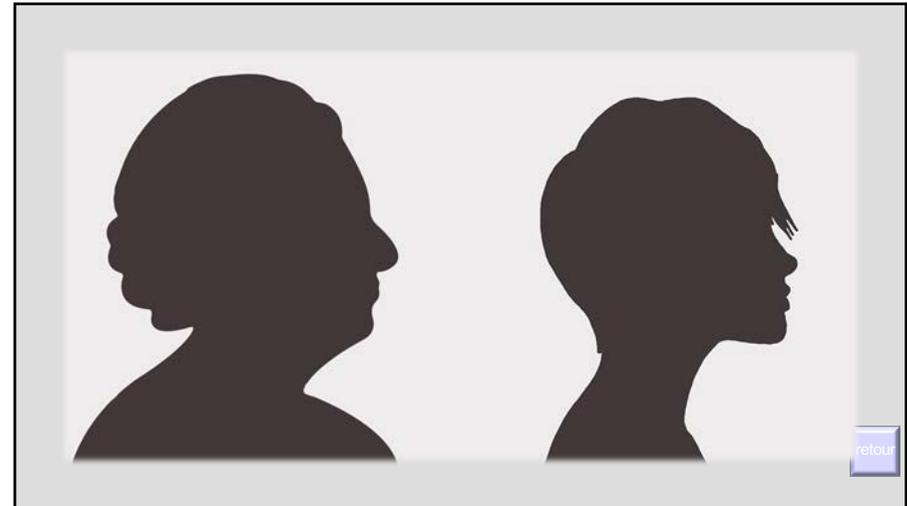
Représentations bien identifiables (n= 53)

- **autonomisation** (n=15) (« alien », persécuteur)
- **vie génitale** (n=9) (déchéance érotique, crainte/désir grossesse...)
- **valeurs corporelles** (n=7) (zone morte, égoût...)
- **projections corporelles** (n=5) (hypocondrie, inoculation, envoûtement)
- **culpabilité** (n=2)



retour

25



retour

26

foire-aux-représentations...

- « **Au lit** avec mon compagnon, je dois mettre de la musique très fort : sinon, il **risquerait d'entendre les bruits de mon ventre !** »
- « J'ai des **gaz** épouvantables. À cause de ça, je n'ose pas approcher les filles qui me plaisent. J'ai vingt ans, j'ai **peur de ne jamais avoir de relations avec une femme.** »
- « Maintenant, avec ces maux de ventre en plus des règles douloureuses, j'ai presque une **haine de mon utérus.** »
- « **Dix ans après** la fermeture de stomie, **je sens encore l'odeur** de matières fécales sur mon ventre. »
- « J'ai la **constipation**, depuis des années. Je suis comme **desséchée à l'intérieur.** »
- « Je sais, je sais : **j'ai trop mangé de chocolat** quand j'étais étudiante ! »

retour

27

« **déclencheurs** », traumatismes
... **interprétations ?**

retour

28



29

« Déclencheurs »

On trouve 1-3 « déclencheurs » chez 89% des patients! (47/53)

- Evénements de vie (n=42)
- Traumas physiques (n=16) (y c gastroentérite)
- Traumas psychiques (n=8)
- Trouble psychiatrique (n=6) (dépression surtout)
- Autres (n=11)

A small blue button with the word "retour" is located in the bottom right corner of the slide.

30

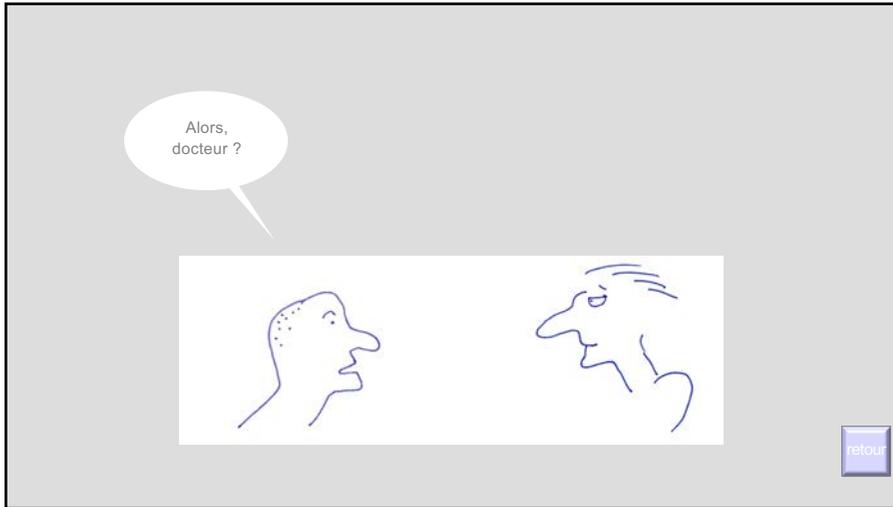
Une annonce sous ... haute tension !

A small blue button with the word "retour" is located in the bottom right corner of the slide.

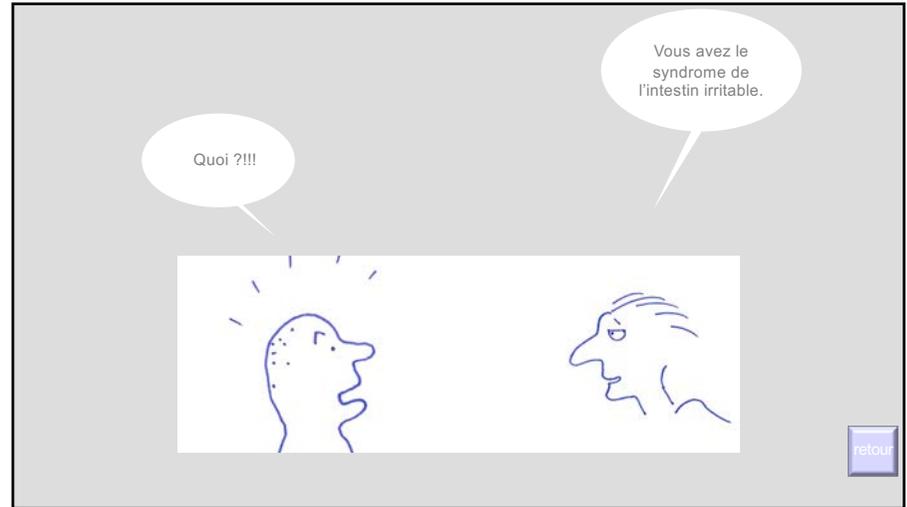
31



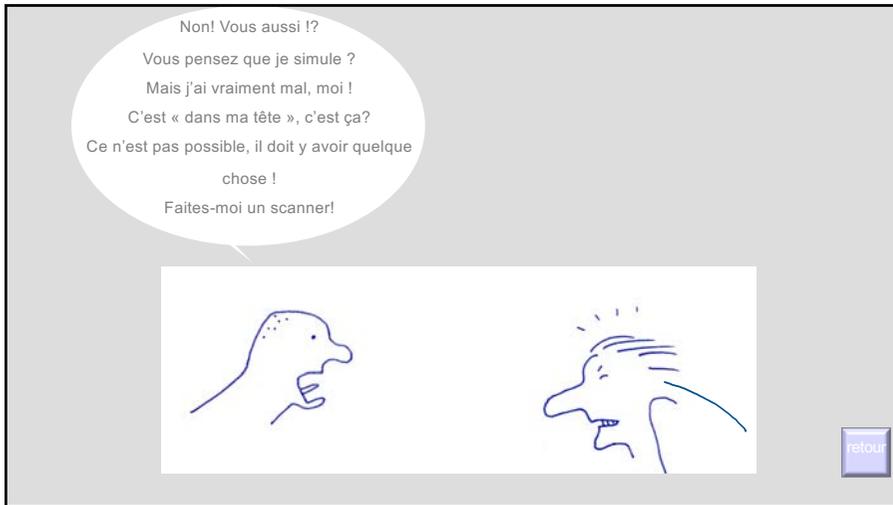
32



33



34



35



36

Du côté du patient : **vulnérable**

- **mal** « mystérieux, personnel, pernicieux, incohérent » : énigme
- **peur d'être rejeté** comme :
 - simulateur, fragile
 - coupable de son mal
 - fou, psychiatrique
- peur de **l'emprise**...

retour

37

Du côté du patient : **demandes et vrais besoins**

- **Manifeste** : « être soulagé »
- **Latentes** :
 - recevoir un **nom** pour son mal (cf. Balint)
 - pourquoi ? (**cause**) futur? (**pronostic**)
 - être **entendu** (souffrance)
 - être **respecté** (liberté)

retour

38

donner un **nom** au mal: **Balint**

(Il) sent que « **ça** » ne va plus en lui, que « ça » pourrait lui faire du mal (...). Souvent « **ça** » devient **identique au nom qu'on lui donne**, et pour le patient la fonction du diagnostic est de **fournir le nom** qu'on puisse appliquer à ce quelque chose de mystérieux, de malfaisant et d'effrayant, **ce nom qui permet qu'on y pense et peut-être qu'on y remédie.**



retour

Balint MMM, chap.4, p.50

39

Du côté du patient : **défenses**

- **régression à une position infantile** :
 - passivité, +/- agressivité (doubles-liens, conflits)
 - demande de « lait » symbolique
 - demande d'investissement déplacée sur examens
- **revendication d'organicité**
- projection d'angoisses dans le corps (**hypocondrie**)

retour

40

Du côté du **médecins** : **risques**

- culpabilité, colère, « difficulté à penser »
- rejeter le patient
- vision simpliste
- examens « anti-impuissance »
- pseudo-rationalisations
- placebo-imposture

retour

41

Les trois chimères...

Je vous demande de **renoncer** à l'idée que ...

... et d'**accepter** l'idée que :

vous symptôme est causé par une **lésion**

vous symptôme survient est causé par un **organe sain**, il faut cesser de pratiquer des examens diagnostiques

je puisse **expliquer** entièrement l'origine de votre symptôme

je suis **impuissant** à expliquer entièrement l'origine de votre symptôme

vous symptôme puisse être guéri par la prescription d'un **médicament** ou un **régime**

qu'il faille chercher une **autre** forme de thérapie

retour

42

Problème : pseudo-rationalisations

- **Interprétations abusives**
 - malabsorption lactose
 - « intolérance au gluten »
 - dysbiose
 - perméabilité intestinale
 - intolérances/allergies, Ig
- **Germes non pathogènes digestifs**
 - *Blastocystis*
 - *Candida*
- **Propagé par spécialistes**
 - « côlon trop long »
 - *H pylori* = cause des épigastralgies sans ulcère

retour

43

en pratique ...

retour

44

anamnèse : mode d'emploi

Functional neurological disorders: the neurological assessment as treatment

Recommandations de Stone*:

- « épilucher » tous les symptômes
- prendre l'avis du patient
- s'enquérir : relation avec les précédents médecins
- ne pas « psychologiser à tout prix » ;
- reconstituer le « scénario » du symptôme (PdS)

retour

*Stone Pract neural 2016; 16: 7 (ancien : Price, J Psychosom Res 2000; 48: 1)

45

Mode d'emploi : annonce du diagnostic

- Les TFD : un **nom**
- le diagnostic : **sûr**, bien connu, « bénin »
- **aveu d'impuissance** : origine, traitement médic
- **explication** qui fait la part du psychique et *non-psychique*
- être « retenu » sur les aspects **psychiques** (« **en-deçà** » du P)
- inscription dans le **continuum biographique**

retour

46

traitement des TFD

retour

47



retour

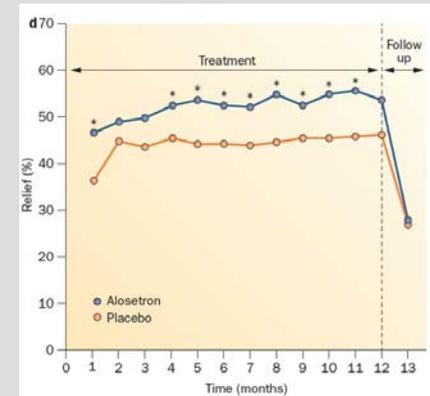
48

médicaments

retour

49

ce qu'une courbe nous apprend
% de patients améliorés - alosetron pour SII-D

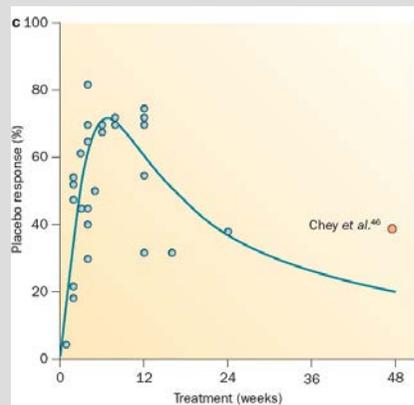


retour

Chey AJG 2004; 99: 2195, cité par Elsenbruch, Nature Rev GH 2015; 12: 472

50

SII : strong placebo effect



retour

Elsenbruch, Nature Rev GH 2015; 12: 472

51

Certains médicaments pour TFD sont
efficaces,
mais leur effet est moindre que
celui du placebo

Comment faut-il intégrer ça dans la pratique?

retour

52

médicaments traditionnels preuves d'efficacité			
catégorie		NNT	commentaire
antispasmodiques	Buscopan, Duspatalin, Dicetel	5	
antidépresseurs	tricycl. et SSRI	8	preuves scientif. contestées
alosetron (antagoniste 5-HT3)	Lotronex	8	retiré du marché (colites ischémiques)
rifaximine (antibio non résorbable)	Xifaxan	11	disponible en CH 09.2015 (indication : encéphalop. hép.)
probiotiques*	Bifidobact. surtout	?	preuves scientif. contestées

revue Halland, Nature Rev Gastroent Hepatol 2013; 10: 13
méta-analyse Cochrane Database Syst Rev 2011;8: CD003460
*Simren, Gut 2013; 62: 159

53

traitements non médicamenteux		
catégorie	NNT	preuves d'efficacité
hypnothérapie (+ mindfulness*)	2-3	bonnes
thérapie cognitivo-comportementale	3	bonnes
éviiction des FODMAP	4-5	bonnes **
fibres solubles	4-6	preuves scientif. contestées
exercice physique	6-7	1 étude

revue Halland, Nature Rev Gastroent Hepatol 2013; 10: 13
* Gaylord, Am J Gastro 2011; 106: 1678
** Halmos, Gastroenterol 2014; 146: 67, et édito Simrén

54

médicaments nouveaux disponibles en CH						
3 médicaments pour la constipation et/ou le sy intestin irritable à prédominance de constipation (SII-C)						
prucalopride	Resolor	2010	agoniste 5-HT4	accélération transit	1-2 mg/j en 1x	constipation
lubiprostone	Amitiza	2013	activateur canal Cl ⁻	secrétagogu e	24 ug 2x/j	constipation
linaclotide*	Constella	2013	agoniste guanylate cyclase C	secrétagogu e	229 ug 1x/	SII-C

Revue technique Camilleri GE 2015; 148: 483
Revue générale médicaments - SII : Chang GE 2014; 147: 1149
*Am J Gastro 2012; 107: 1702 (+ comment. Chey, Gastroent 2013; 145: 476)

55

médicament ancien preuve nouvelle d'efficacité					
sy intestin irritable à prédominance de diarrhée (SII-D)					
ondansetron	Zofran	2014	antagoniste 5-HT3	ralentissement transit	4-8 mg 3x/j *

- CHF ~ 540 – 900.- / mois
- Indication «sy de l'intestin irritable» non reconnue CH

Garsed, Gut 2014; 63: 1617
(commentaire) Luthra, GE 2014; 147: 527

56



57