

Troubles fonctionnels intestinaux (229)

Professeur Jacques FOURNET

Avril 2003

Pré-Requis :

- Diarrhée chronique
- Constipation
- Fonction motrice du tube digestif
- Sensibilité digestive

Résumé :

Manifestations fonctionnelles digestives très fréquentes dans la population (5 à 20 % selon les échelles d'intensité des troubles) substratum organique décelable. Son expression clinique altère la qualité de vie parfois sévèrement. La prise en charge dépend en grande partie de la relation médecin-malade, et parfois, d'une prise en charge psychologique.

Mots-clés :

Syndrome de l'intestin irritable, colopathie fonctionnelle, diarrhées chroniques, constipation, douleurs abdominales chroniques

1. Introduction

Les troubles fonctionnels intestinaux correspondent à des signes cliniques ayant pour substratum des troubles de la motricité du tube digestif, en particulier le côlon, mais surtout des troubles de la sensibilité viscérale notamment à la distension, sans lésion anatomopathologiques identifiable (équivalent : syndrome de l'intestin irritable). Cette pathologie fonctionnelle est très répandue. Sa prévalence est estimée à 15-30% de la population. 10 à 15 % seulement consultent assez régulièrement.

2. Circonstances de découverte

2.1. La douleur

Elle est le signe le plus fréquemment retrouvé. C'est le symptôme qui détermine le plus souvent la douleur à type de contraction, parfois de tension intolérable ; elle siège habituellement au niveau des fosses iliaques droites ou gauches ou dans la région hypogastrique. Elle peut également se localiser aux hypochondres, dessiner le trajet du cadre colique, irradier en arrière ou vers les cuisses, ou encore en barre dans la région ombilicale.

Elle survient habituellement en période post-prandiale mais peut-être aussi matinale (douleur réveil-matin), rarement nocturne. Elle évolue pendant un temps variable, de quelques heures à quelques jours, soulagée classiquement par l'émission de gaz ou de selles ; augmentée par les repas copieux, le stress, l'anxiété, la fatigue physique, améliorée enfin par la détente, le repos, les vacances.

2.2. Les ballonnements intestinaux

Ils sont très fréquents au cours de la colopathie, peuvent être généralisés à tout l'abdomen, ou localisés à un angle colique, allant de la simple gêne post-prandiale (et de la nécessité de desserrer la ceinture) à une distension douloureuse très violente souvent renforcée par une sensation d'angoisse. Dans bien des cas la distinction entre les deux symptômes (douleur ballonnement) n'est pas facile à faire.

2.3. Les troubles du transit

Ils sont variables selon les différentes formes cliniques :

- constipation plus ou moins douloureuse, pouvant être entrecoupée de débâcles de fausse diarrhée spontanée (hypersécrétion réactionnelle à la stase fécale) ou de débâcles après la prise de laxatifs.
- alternance de diarrhée et de constipation : le trouble dominant est la constipation en ce cas (la diarrhée n'est que la conséquence que de la stase stercorale)
- diarrhée hypoélectrolytique indolore à prédominance matinale ou post prandiale, avec parfois incontinence, parfois véritable diarrhée motrice.

Ces trois symptômes sont le plus souvent associés en combinaison variable. L'élément douloureux est le plus fréquent. Ces symptômes sont subaigus ou chronique.

3. Les éléments du diagnostic

Aucun signe clinique n'est spécifique.

3.1. Eléments d'orientation

- Les signes cliniques précédents, surtout s'ils sont :
 - associés,
 - récidivant par périodes,
 - anciens.
- Association à d'autres signes digestifs fréquents : nausées ou vomissements, reflux gastro-oesophagien, dyspepsie, mauvaise haleine, éructation, prurit anal, etc...
- Des manifestations extra-digestives : asthénie, migraines, palpitations, cystalgies, pollakiurie sont fréquentes. Lombalgies
- L'association à des modifications psychologiques : plus ou moins marquées : anxiété, émotivité, état névrotique parfois, état dépressif éventuellement.
- Absence de modification de l'état général, d'anémie, de syndrome inflammatoire sérique.

3.2. Le diagnostic est un diagnostic d'élimination

- Affection colique prioritairement :
 - entérocolites inflammatoires (RCUH-Crohn) ++
 - cancer du côlon +++

- plus rarement colite microscopique ; colite médicamenteuse (médicaments type AINS), colite ischémique.
- Autre affection digestive : cancérologie notamment.
- Le diagnostic est plus difficile en cas de diarrhée chronique.

3.3. La coloscopie totale avec iléoscopie (+ biopsie systématique si diarrhée isolée)

C'est l'examen le plus important. Elle est à réaliser :

- en cas de persistance des signes chez le sujet jeune (entérocolite inflammatoire (ou colites microscopiques)
- chez le sujet de plus de 45 ans (cancer recto-colique surtout) chaque fois que la symptomatologie survient et persiste plus d'un mois.

(NB : Les polypes éventuellement découverts en coloscopie n'expliquent absolument pas ce type de symptômes.)

4. Aspect évolutif et thérapeutique

4.1. Histoire naturelle

A court terme, l'évolution est le plus souvent favorable. Ceci s'explique en grande partie par l'effet placebo dont l'efficacité peut atteindre 50%. Contrairement à ce que l'on pense souvent, cette variation de l'effet placebo ne dépend pas essentiellement du patient. Le médecin prescripteur en est aussi responsable en induisant cet effet par ses propos rassurants ou persuasifs !

Dans la majorité des cas, les symptômes évoluant ensuite sur un mode intermittent avec des périodes de crise, déclenchées parfois par des facteurs apparents d'ordre psychologique (tension affectives), professionnel ou social. Les arrêts de travail sont parfois fréquents et responsables d'un absentéisme professionnel. La consommation de médicaments paraît bien souvent excessive, de nombreux patients prenant en permanence des laxatifs, anti-spasmodiques ou anxiolytiques durant l'année de leur suivi.

Cette pathologie fonctionnelle est très répandue. Sa prévalence a été estimée à 14-30% d'une population apparemment saine lors de différentes enquêtes. Une partie de ces sujets (environ 20%) consulte.

L'effet placebo est donc particulièrement important dans l'évolution à court terme de l'affection.

Il est probable qu'il intervient également, en tant que témoin de qualité de la relation médecin-malade, dans les résultats à moyen et à long terme. Le premier acte thérapeutique doit donc apporter des explications sur le caractère bénin de la maladie, son évolution chronique mais aussi son amélioration très possible et la certitude d'absence de lésion organique.

4.2. Dans les formes à évolution clinique modérée en intensité

- Conseil hygiéno-diététique – activité physique régulière.
- Fibres alimentaires ou mucilages (souvent mieux tolérés) grâce à leur pouvoir hygroscopique normalisent assez souvent le transit intestinal. La dose de fibres souhaitable paraît de 6 à 8 g de fibres alimentaires par jour, ce qui correspond approximativement à 15 à 20 g de son brut. Les mucilages sont préférés aux fibres alimentaires en cas de météorisme et de gaz importants en raison d'une moindre fermentation par les bactéries intestinales. La régularisation du transit est indispensable.
- Les agents adsorbants pour diminuer les ballonnements.
- Les antispasmodiques visent à diminuer la douleur. Leur efficacité existe mais reste modeste.
- Dans les formes douloureuses pures : le Diphénoxylate (Diarsed®) ou l'oxyde de lopéramide (ARESTAL®) sont efficaces.

4.3. Dans les formes sévères

Rebelles au traitement, avec symptomatologie permanente gênant la vie personnelle et sociale.

En fonction du terrain psychologique :

- les antidépresseurs sont parfois nécessaires et utiles ++.
- les anxiolytiques sont peu efficaces.
- les neuroleptiques (type Sulpiride) sont souvent efficaces mais pas toujours bien tolérés et peu utilisables au long cours.
- la psychothérapie peut être indiquée, mais est toujours difficile dans les mécanismes de somatisation viscérale.
- l'hypnose, l'acupuncture et les méthodes de relaxation n'ont pas d'efficacité démontrée en terme de recherche clinique mais peuvent être utile à la prise en charge globale du malade.