

Le syndrome du colon irritable post-infectieux

Michel Boivin , M.D. FRCP, M.M.

Gastroentérologue

CHUM-St-Luc

Professeur titulaire de médecine

Université de Montréal

Cas clinique

Jeune dame de 28 ans qui consulte à votre clinique de sans rendez-vous pour une douleur abdominale diffuse et constante, plus intense à la FIG. La douleur a débuté il y a 12 heures et augmente progressivement depuis.

La douleur est accompagnée de nausée et de quelques épisodes de vomissements. Les selles sont plus molles.

La patiente a eu une extraction dentaire suivi d'une antibiothérapie pour abcès il y a deux semaines. Elle n'a pas d'autres antécédents médicaux.

Elle est de retour d'un voyage au Mexique depuis 1 semaine.

Elle est G2 A1 P1 et a cessé les anovulants il y a 3 mois. Elle n'a pas eu de menstruation depuis et est sexuellement active. Elle prend un IPP pour son reflux depuis 6 mois

Histoire antérieure de douleur abdominale avec de la constipation depuis quelques années. Elle consomme parfois des probiotiques .

Examen physique : normal sauf une sensibilité à la FIG

Je dois prendre des antibio?

Devrais-je consulter?

J'ai une infection?

Où aller sur l'internet?

Ce sont les mêmes problèmes

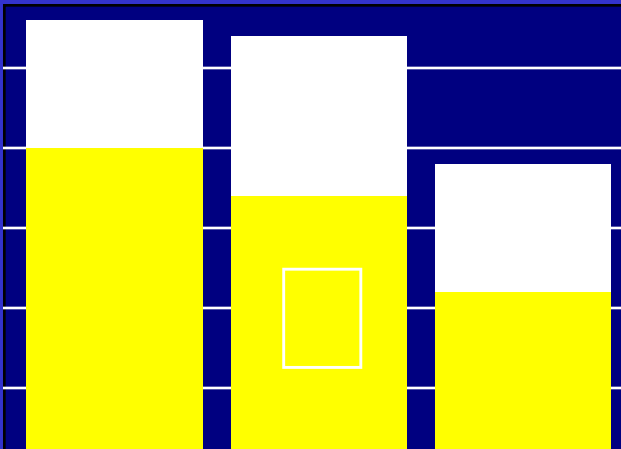
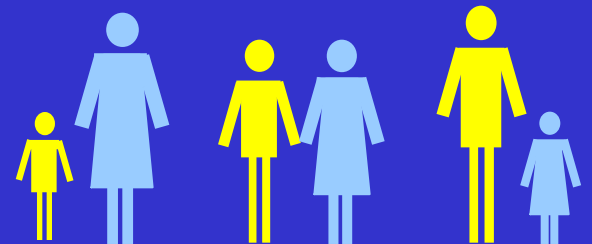
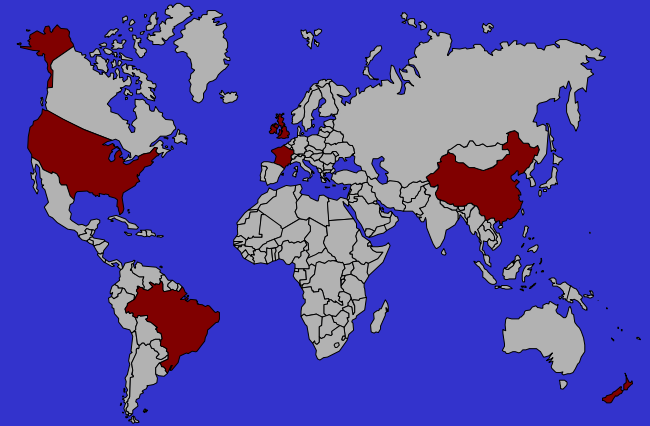
Je suis inquiète

J'ai une bactérie de mon voyage



Épidémiologie du SCI

- Jusqu'à 15% de la population
- Femmes > hommes
- Jeunes > âgées
- 2/3 ne consulte pas
- Facteurs socio-culturels influencent les visites
- 12% omnipraticien
- 28% gastro-entérologue



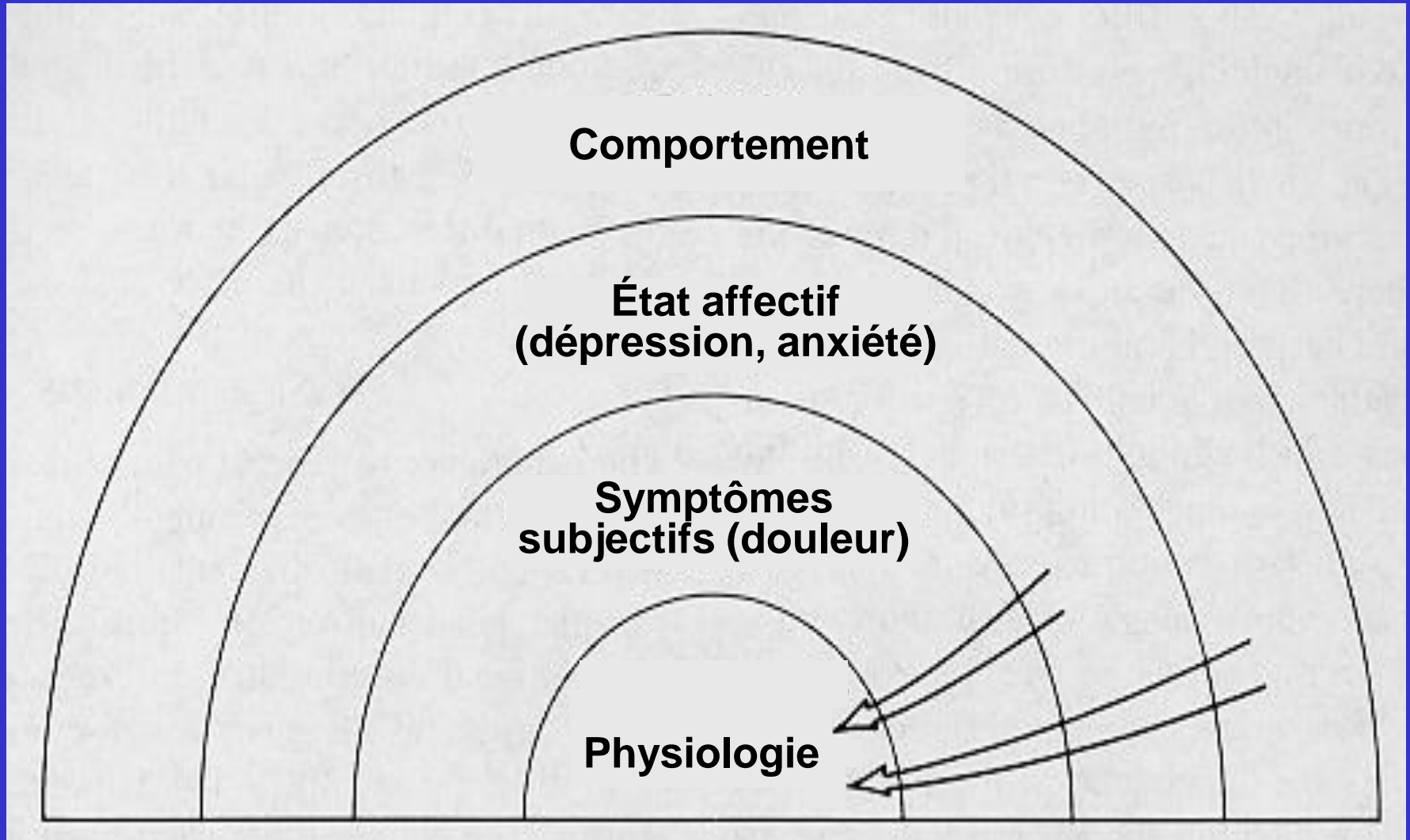
Critères diagnostiques du SCI*

- Au cours des 3 derniers mois, avez-vous souvent souffert de douleurs ou de malaises abdominaux?
 - Soulagés par la défécation; et/ou
 - Dont l'apparition était associée à une modification de la fréquence des selles?
 - Dont l'apparition était associée à une modification de la consistance (aspect) des selles?
 - *Deux caractéristiques sur trois sont nécessaires en l'absence d'anomalie structurelle ou métabolique permettant d'expliquer les symptômes*

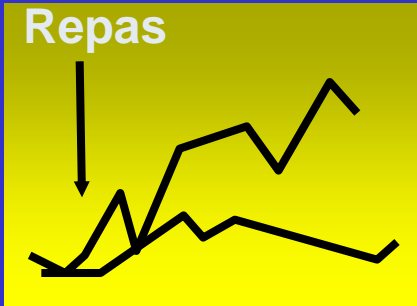
Autres éléments cliniques du SCI

- **Symptômes intestinaux parfois signalés**
 - Ballonnement, distension abdominale
 - Urgence et/ou ténésme à la défécation, évacuation fécale incomplète
 - Symptômes touchant le tube digestif supérieur (ex: dyspepsie, RGO)
 - Exacerbation postprandiale des symptômes
- **Symptômes systémiques parfois signalés**
 - Hyperréactivité bronchique, fatigue, douleur musculaire, céphalées
- **Les résultats de l'examen physique sont normaux**

Douleur abdominale

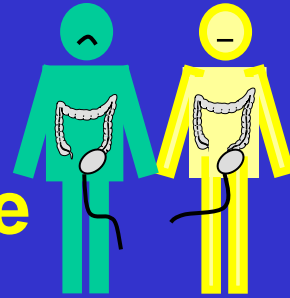


Physiopathologie du SCI



- Augmentation de la réactivité motrice

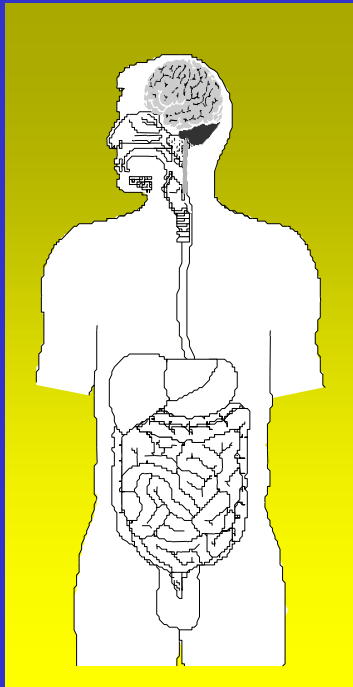
- Sensibilité viscérale anormale



- Dysrégulation entre le cerveau et intestin



- Suite à une épisode de gastro-entérite infectieuse



Le diagnostic positif du SCI :

Identifier les principaux symptômes actuels

- Douleur et (ou) gêne abdominales
- Ballonnements
- Constipation
- Diarrhée

Chercher les signaux d'alarme dans :



- les antécédents
- l'examen physique
- les épreuves de laboratoire



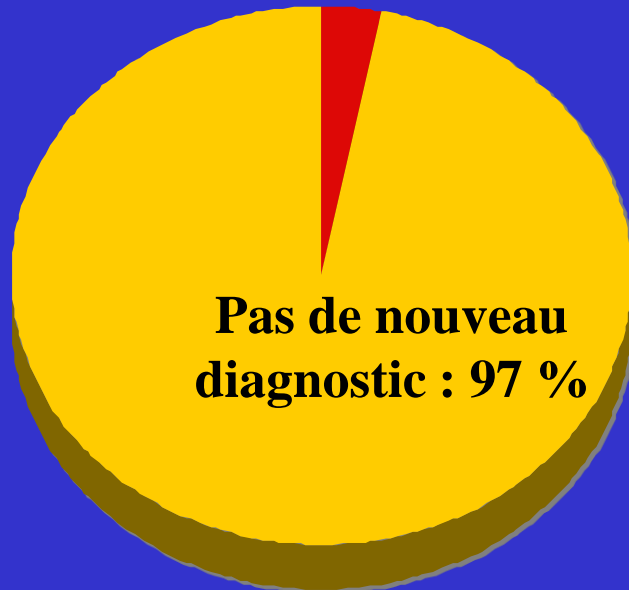
Effectuer certains examens diagnostiques pour éliminer une maladie organique

Établir un diagnostic positif

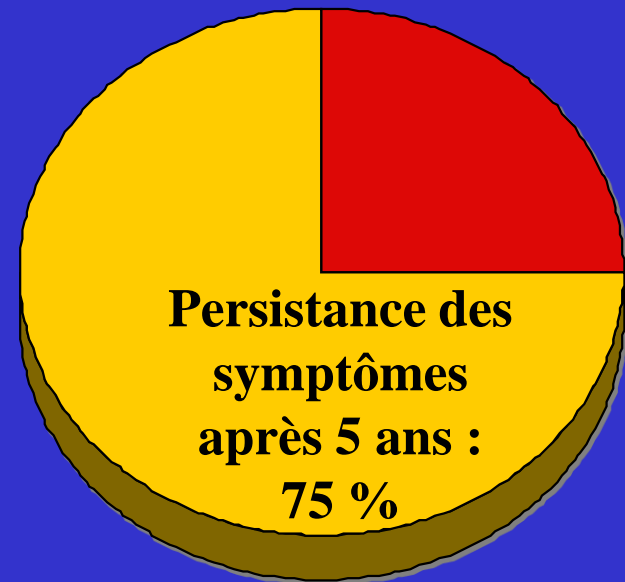
1. Adapté de Paterson WG *et coll.* *Can Med Assoc J* 1999; 161:154.

2. American Gastroenterological Association. *Gastroenterology* 1997; 112:2120.

Persistance du diagnostic et des symptômes de SCI



Dans la plupart des cas, le diagnostic n'a pas changé après une évaluation initiale adéquate



Dans la plupart des cas, les symptômes ont persisté 5 ans après le diagnostic initial

Si les symptômes changent : réévaluez

1. Svendsen JH, et coll. *Scand J Gastroenterol* 1985; 20:415.
2. Harvey RF, et coll. *Lancet* 1987; 1:963.
3. Owens MD, et coll. *Ann Intern Med* 1995; 122:107.

Syndrome du côlon irritable «post-infectieux»

- 4 - 36% des patients
- 4 - 14% suite diarrhée des voyageurs
- Infection antérieure (< 3 mois)
- Organismes donnent un risque égal :
 - *E.coli, campylobacter, shigelle, salmonelle clostridium difficile* *Kiuntke J. et al 2011*
- Prédisposition psychologique au moment de l'infection ou stress (< 6 mois) *Gue et al., 1996*

Résultats des études

- Plus de 25 études ont démontrés une association entre SCI et infection entérique
- Durée de suivi : de 3 mois à 5 ans
- Critères diagnostiques: Rome 1 et Rome 2
- 3 études pour SCI-suite a diarrhée du voyageur: 4-14%, X 7 le risque
- Augmentation des symptômes de SCI post-infectieux
- Profil bio-psycho-social peut influencer

Traitements psychologiques

Approche pharmacologique

**Journal des symptômes
Identification des facteurs précipitants**

Conseils sur la diète

**Établir des buts réalistes
Améliorer la qualité de vie**

Éducation / Réassurance

Conseils d'ordre alimentaire

- Les allergies alimentaires sont rares, touchent d'autres organes et n'interviennent pas dans le SCI.
- L'intolérance aux aliments est fréquente; reconnaître le rôle que le patient attribue à l'alimentation dans ses symptômes.
- Limiter le sorbitol, la caféine, l'alcool, les graisses : ils ne causent pas le SCI mais peuvent en exacerber les symptômes.
- Ne restreindre le lactose que dans les cas démontrés de carence en lactase. (seulement 30% des cas suspectés)
- Diriger le patient vers un diététiste au besoin.

Traitement du SCI

Traitement des symptômes individuels

Douleur et (ou) gêne abdominale

- Agoniste des récepteurs 5-HT₄ (tégasérod)
- Antispasmodiques
- Antidépresseurs tricycliques
- Analgésiques
- ISRS

Constipation

- Fibres
- Agoniste des récepteurs 5-HT₄ (tégasérod)
- Agents osmotiques

Douleur
et (ou)
gêne
abdominale

Ballonnement

Constipation/
Diarrhée

Ballonnement

- Modifications diététiques
- Agoniste des récepteurs 5-HT₄ (tégasérod)
- Antispasmodiques
- Antiflatulents
- Enzymes digestifs
- Antibiotiques

Diarrhée

- Lopéramide
- Cholestyramine
- Opioides

Taux de réponse au placebo dans les études avec le SCI

<i>Auteur</i>	<i>Médicament</i>	<i>Taux de réponse (%)</i>
Piai	Prifinium	50
Milo	Dompéridone	34
Page	Dicyclomine	54
Heefner	Désipramine	60
Myren	Trimipramine	67
Longstreth	Psyllium	40
Fielding	Timolol	59
Fielding	Trimébutine	58

Effacité des probiotiques

- **Évidence probante pour:**
 - Entérite et diarrhée
 - Diarrhée associée aux antibiotiques
 - Prévention des pouchite
- **Évidence en développement pour :**
 - Syndrome du colon irritable
 - Maladies inflammatoires intestinales
 - Infections intestinales

Prévention par les probiotiques pour les diarrhées infectieuses

- **Résumé**

- **Évidence de grade II pour la prévention:**
 - Diarrhée infectieuse chez l'enfant
 - Diarrhée secondaire aux antibio. et C.diff ?
- **Évidence contradictoire pour la prévention à long terme**

- **Défis**

- **Études d'efficacité chez l'adulte**
- **Déterminer le mécanisme**
- **Identifier le meilleur probiotique**

Évolution du traitement pharmacologique

Thérapie

Anxiolytiques
Antispasmodiques
Fibres
Agents opiacés

Placebo

**SÉROTONINE ;
5HT₃ ET 5HT₄**

- *CCK antagoniste*
- *α 2 agents*
- *Antagoniste douleur viscérale (SP, CGRP)*
- *Enképhaline*

Modification diète

Éducation

Traitements
psychosociaux

1950

1960

1970

1980

2000

2010