

## Prise en charge du Syndrome de l'Intestin Irritable (SII)

**Rédacteurs :** Jean-Marc Sabaté, Pauline Jouët

### Références :

Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Mearin F, Spiller RC. Functional bowel disorders. *Gastroenterology* 2006; 130:1480-1491

Spiller R, Aziz Q, Creed F, et al. Guidelines on the irritable bowel syndrome: mechanisms and practical management. *Gut* 2007;56:1770-1798.

Francis CY , Morris J , Whorwell PJ . The irritable bowel severity scoring system: a simple method of monitoring irritable bowel syndrome and its progress . *Aliment Pharmacol Ther* 1997 ; 11 : 395 – 402

Lacy B, Mearin F, Chang L et al. Bowel Disorders *Gastroenterology* 2016;150:1393–1407

**Date :** 19 septembre 2016

### Diagnostic

---

#### Le diagnostic est clinique :

- Le diagnostic repose sur l'association de douleurs abdominales chroniques, de ballonnements et de troubles du transit
- Les critères diagnostiques (critères de Rome IV, annexe 1), utilisés surtout dans les études ont été actualisés en Mai 2016 (la dernière classification de Rome III datant de 2006).
  - avec des critères de fréquence : au moins 1 jour par semaine sur les 3 derniers mois
  - et de durée : depuis au moins 6 mois

**Le type de trouble du transit** (en utilisant éventuellement l'échelle de Bristol, Annexe 2) permet de définir des formes :

- avec diarrhée prédominante (SII-D)
- avec constipation prédominante (SII-C)
- avec alternance diarrhée constipation (formes mixtes, SII-M)
- et des formes inclassées (absence de critères suffisants pour répondre aux critères des autres formes)

La présence de signes cliniques d'alarme doit faire rechercher une pathologie organique :

- âge supérieur à 50 ans
- la présence de sang dans les selles ou d'anémie
- des symptômes nocturnes
- un amaigrissement
- une apparition/modification récente des symptômes.

Les co-morbidités associées au SII peuvent également orienter vers ce diagnostic :

- fibromyalgie
- cystite interstitielle
- syndrome de fatigue chronique
- ou de formes de chevauchement comme la dyspepsie

## Examens complémentaires

---

Les examens complémentaires, biologiques et morphologiques, doivent être réalisés avec discernement, leur rentabilité diagnostique est faible chez des patients répondant aux critères de Rome.

- Aucun examen complémentaire ne permet d'affirmer la maladie
- Ils sont essentiellement réalisés pour éliminer une pathologie organique
- Ils ne doivent pas être répétés inutilement chez les patients.

### Le bilan sanguin :

- Il est normal en cas de SII
- On peut réaliser pour éliminer une pathologie organique :
  - une NFS à la recherche d'une anémie
  - un dosage de la CRP à la recherche d'un syndrome inflammatoire
  - un dosage de la TSH (en cas de SII-D) pour éliminer une hyperthyroïdie
  - un dosage des AC anti-transglutaminases (en cas de SII-D) pour éliminer une maladie coeliaque (0 à 3%).

La coprologie fonctionnelle, ou la coproculture ne sont pas recommandées. L'examen parasitologique des selles peut être utile en cas de forme de SII-D à début brutal pour éliminer une lambliaose qui peut persister ensuite.

Dans les formes avec diarrhée, le dosage de calprotectine fécale (non remboursé) peut aider à discriminer entre maladie inflammatoire et SII (généralement normal en cas de SII, modérément élevé en cas de colite microscopique ou de maladie inflammatoire en rémission et plus élevé en cas de MICI en poussée).

### La coloscopie :

- Ses indications doivent suivre les recommandations actuelles des sociétés savantes.
- La mise en évidence d'un polype ou de diverticules non compliqués ne doit pas faire rejeter le diagnostic de SII.

- Dans les cas de SII-D, il faut réaliser des biopsies coliques étagées pour éliminer une colite microscopique.

#### La gastroscopie peut être réalisée :

- En cas de SII-D (avec la réalisation de biopsies duodénales pour éliminer une maladie coeliaque ou une lambliaose)
- En cas de dyspepsie associée.

Les examens radiologiques (échographie ou tomodensitométrie) n'ont pas d'intérêt dans les formes typiques.

## Traitement

---

### Généralités

Tenir compte de l'altération de la qualité de vie qui peut être majeure et souvent sous-estimée, à l'origine de coûts importants directs (consultations, réalisation d'examens) et indirects (arrêt de travail, moins bonne productivité au travail pour les patients symptomatiques).

La relation médecin-patient est essentielle pour limiter le nomadisme médical fréquent.

Il importe :

- de donner le diagnostic au patient
- de lui expliquer la réalité de cette maladie (explications brèves sur les mécanismes physiopathologiques) malgré l'absence d'anomalie des différents examens complémentaires (pour ne pas les répéter)
- d'avoir une écoute attentive et empathique
- de rassurer le patient sur la bénignité de la maladie
- de prendre en compte le rôle des événements de vie et en particulier d'éventuels traumatismes psychiques et/ou physiques
- de fixer des objectifs thérapeutiques raisonnables
- d'indiquer l'existence d'une association de patients (Association de Patients souffrant du Syndrome de l'Intestin Irritable, [www.apssii.org](http://www.apssii.org))

### Les objectifs thérapeutiques

- La guérison paraît non réaliste (même si dans les études longitudinales 40 à 50% des patients peuvent ne plus être symptomatiques à 5 ans).
- Les objectifs raisonnables peuvent être :
  - une diminution de la fréquence, de l'intensité des épisodes symptomatiques (et notamment douloureux)
  - une diminution de la sévérité de la maladie (cf annexe 3, score de Francis)
  - une amélioration de la qualité de vie (évaluée lors d'une première consultation).

### Les moyens thérapeutiques

Les patients doivent être informés de certains principes concernant le traitement du SII

- L'effet placebo est particulièrement important en cas de SII, pouvant être de l'ordre de 40 à 50%, (l'attente d'amélioration des symptômes étant très importante chez ces

patients) avec en général un gain d'efficacité des traitements inférieur à 20 % par rapport au placebo

- Les traitements peuvent être pris à la demande lors des poussées symptomatiques et ne doivent pas être systématiquement pris au long cours.
- Un traitement qui n'a pas d'efficacité initiale ne doit pas être poursuivi.
- La non réponse à un traitement est un phénomène fréquent et ne doit pas faire remettre en cause le diagnostic.
- En l'absence de critères prédictifs de l'efficacité des traitements, les différentes classes thérapeutiques sont souvent utilisées les unes après les autres.

### **Traitements médicamenteux de première intention**

- Les antispasmodiques : dans les formes avec douleurs abdominales et ou ballonnement
- Les laxatifs pour les patients avec SII-C et SII-M
- Les anti-diarrhéiques pour les formes avec SII-D.

### **Traitements médicamenteux de deuxième intention**

En cas d'échec des traitements précédents, on peut avoir recours notamment à :

- Des anti-dépresseurs, notamment pour les formes douloureuses
  - Les tricycliques sont ceux qui ont fait l'objet du plus grand nombre d'études avec une augmentation progressive des doses jusqu'à atteinte d'une posologie optimale efficace sans atteindre les posologies utilisées pour le traitement de la dépression.
- Des traitements utilisés dans les douleurs neuropathiques comme la pregabaline, pour qui une efficacité a été rapportée chez des patients avec hypersensibilité viscérale.

### **Probiotiques**

- L'efficacité de ce traitement dépend de la souche testée, de la dose et de la forme utilisée et ne peut être extrapolée à d'autres circonstances.
- Certaines souches de bactéries (ex : Bifidobacterium infantis 35624) ont montré une efficacité modérée dans des études. Les probiotiques achetés par les patients n'ont pas parfois pas été testés dans des études concernant le SII et/ou sont disponibles sous une forme ou dosage différent de celui testé.

Certains traitements qui ont montré une efficacité dans des études randomisées, ne sont pas actuellement disponibles en France :

- La rifaximine dans les formes sans constipation, l'alosetron et l'eluxadoline dans les formes avec diarrhée, le linaclotide et la lubiprostone dans les formes avec constipation.

### **Traitements non médicamenteux**

- L'activité physique : il a été démontré que la pratique d'une activité physique peut entraîner une diminution de la sévérité de la maladie.
- Régimes :

- ✓ La majorité (2/3) des patients font un lien entre leurs symptômes et l'alimentation (lien temporel ou exacerbation des symptômes en rapport avec l'alimentation)
- ✓ Les patients sont très demandeurs de conseils diététiques, avec un risque de régime d'exclusion restrictif pouvant parfois être à l'origine de carences.
- ✓ L'allergie alimentaire vraie est rare, et un aliment unique est rarement désigné.
- ✓ Des tests d'exclusion transitoire des aliments incriminés peuvent être réalisés mais en l'absence d'amélioration clinique nette et prolongée (>4 semaines), la réintroduction des aliments exclus doit être réalisée (ex intolérance au lactose ou autres).
- ✓ Il n'existe pas un niveau de preuve suffisant pour baser l'exclusion des aliments sur la seule réalisation de tests d'allergie alimentaire (IgG ou autres).
- ✓ Il n'y a pas d'intérêt à augmenter les fibres et les fibres insolubles peuvent majorer les symptômes.
- ✓ Il existe des pistes thérapeutiques notamment pour diminuer la part des FODMAPs (Fructo Oligo- Di and Monosaccharides and Polyols ; hydrates de carbone qui peuvent être malabsorbés et entraîner des phénomènes de fermentation) dans l'alimentation, mais ce type de régime est complexe et difficile à suivre au long cours.
- ✓ Certaines recommandations « standards » ont montré une efficacité similaire sur une courte période au régime pauvre en FODMAPs. Il s'agit de :
  - faire 3 repas par jour, ni trop ni trop peu à chaque repas, en évitant d'avoir faim ou de se sentir « trop plein »
  - manger lentement, au calme et en mâchant bien les aliments
  - réduire la quantité d'aliments gras ou épicés, de café, d'alcool, d'oignons, de choux, et de haricots
  - éviter les boissons gazeuses, les chewing-gums et les édulcorants finissant par « -ol »
  - répartir l'apport de fibres de façon homogène sur la journée.
- Il n'existe aucun intérêt à proposer un régime sans gluten aux patients en l'absence de maladie cœliaque avérée même si une sensibilité au gluten sans maladie cœliaque a été décrite récemment.
- L'éducation thérapeutique :
  - ✓ Il a été démontré que les patients ont souvent des idées fausses notamment sur les risques d'évolution de la maladie ce qui majore l'anxiété et aggrave les symptômes.
  - ✓ Le fait d'informer les patients sur les causes de la maladie et sa bénignité diminue le recours au soins et la sévérité du SII, et favorise des stratégies d'adaptation (coping).
- Les traitements alternatifs :
  - ✓ les patients insuffisamment satisfaits des traitements classiques ont fréquemment essayé un ou plusieurs traitements alternatifs.
  - ✓ l'hypnose a montré son efficacité au cours d'études cliniques de bonne qualité.
  - ✓ d'autres types de traitements sont encore à l'étude (ostéopathie,...)
  - ✓ certains sont jugés inefficaces (ex : acupuncture)

- ✓ Les thérapies cognitivo-comportementales : peu utilisées en France, peuvent aussi avoir une certaine efficacité.

## **Annexe 1: Critères de Rome IV**








<p>Douleur abdominale récurrente survenant en moyenne au moins 1 jour par semaine dans les 3 derniers mois avec au moins 2 des critères suivant :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Associée à la défécation</li> <li>- Associée à une modification de la fréquence des selles</li> <li>- Associée à une modification de la consistance (aspect) des selles.</li> </ul>
<p>Les sous-groupes se définissent en fonction de la consistance des selles selon l'échelle de Bristol * (voir Echelle de Bristol, annexe 2)</p>
<p>SII avec constipation prédominante (SII-C) : Bristol 1-2 <math>\geq</math> 25% du temps et Bristol 6-7 <math>\leq</math> 25% du temps</p>
<p>SII avec diarrhée prédominante (SII-D) : Bristol 6-7 <math>\geq</math> 25% du temps et Bristol 1-2 <math>\leq</math> 25% du temps.</p>
<p>SII avec alternance diarrhée-constipation (SII-M) : Bristol 1-2 25% du temps et Bristol 6-7 25% du temps.</p>
<p>SII non spécifié : absence de critères suffisants pour répondre aux critères du SII-C, SII-D ou SII-M.</p>

Les critères doivent être remplis dans les 3 derniers mois, et le début des symptômes doit dater au moins de 6 mois.

\* sur les jours avec au moins une selle anormale en dehors d'un traitement.

En pratique clinique, ceux qui ont le plus souvent des selles Bristol 1-2 sont définis comme SII-C, et ceux qui ont le plus souvent des selles Bristol 6-7 comme SII-D.

*Annexe 2 : Echelle de Bristol*

<i>Type 1</i>		Selles dures et morcelées (en billes) d'évacuation difficile
<i>Type 2</i>		Selles dures, moulées en saucisse et bosselées
<i>Type 3</i>		Selles dures, moulées en saucisse, à surface craquelée
<i>Type 4</i>		Selles molles mais moulées, en saucisse (ou serpentín)
<i>Type 5</i>		Selles molles morcelées, à bords nets et d'évacuation facile
<i>Type 6</i>		Selles molles morcelées, à bords déchiquetés
<i>Type 7</i>		Selles totalement liquides

## Annexe 3 : Score de Francis (sévérité) de la maladie

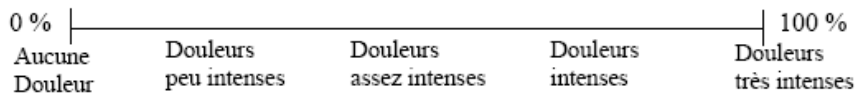
### SCORE COMPOSITE DE FRANCIS

1. a) Souffrez-vous actuellement de douleurs abdominales (douleurs au ventre) ?

OUI  NON

Entourez la réponse

b) Si oui, quelle est l'intensité de ces douleurs abdominales (douleurs au ventre) ?



c) Veuillez indiquer le nombre de jours au cours desquels vous souffrez sur chaque période de 10 jours. Ex : Si votre réponse est 4, cela signifie que vous souffrez 4 jours sur 10. Si vous souffrez tous les jours, inscrivez le chiffre 10.

Nombre de jours au cours desquels vous souffrez :  x 10

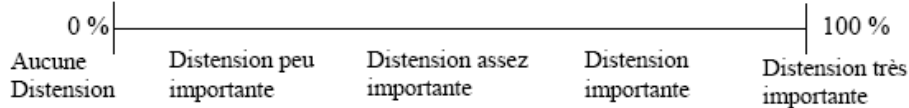
2. a) Souffrez-vous actuellement de problèmes de distension\* abdominale (ballonnements, ventre gonflé, tendu) ?

OUI  NON

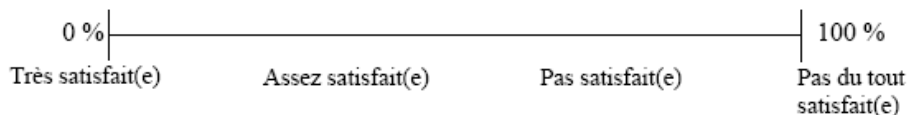
Entourez la réponse

(\*Si vous êtes une femme : ne tenez pas compte des problèmes de distension dus à vos règles)

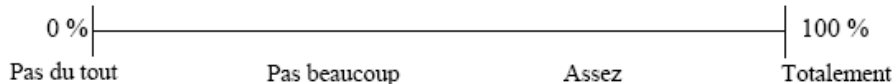
b) Si oui, quelle est l'importance de ces problèmes de distension abdominale ?



3. Dans quelle mesure êtes-vous satisfait(e) de la fréquence à laquelle vous allez habituellement à la selle ?



4. Veuillez indiquer à l'aide d'une croix placée sur la ligne ci-dessous dans quelle mesure votre syndrome du colon irritable affecte ou perturbe votre vie en général



SCORE DE SEVERITE DU SYNDROME DU COLON IRRITABLE :

Partie réservée  
à l'administration

SCORE