

Mots clés :
-Syndrome du
colon irritable-
Diagnostic
[Irritable
bowel syn-
drome - Dia-
gnosis]

Syndrome de l'intestin irritable (SII) : une approche clinique

La prévalence du syndrome de l'intestin irritable (SII) est estimée entre 10 et 20% concernant le plus souvent des adultes entre 20 et 30 ans, 2 fois plus souvent les femmes que les hommes¹. Il peut affecter gravement la qualité de vie. Aux USA il est responsable de plus de 3 millions de consultations ambulatoires annuelles et 5,9 millions de prescriptions pour un coût total de 20 milliards de dollars. La symptomatologie est éminemment variable et, comparativement au placebo, l'efficacité de la plupart des traitements reste marginale. Une récente mise à jour de recommandations^{1,2}, une revue systématique³ et une méta analyse apportent quelques éléments de compréhension.

Une symptomatologie variée

La première difficulté est d'établir le profil symptomatique du patient. Le SII ne correspond pas à une entité bien définie mais à un ensemble de causes diverses : altération de la flore, de la motricité et de la perméabilité intestinales, modifications des défenses immunitaires, interactions neuro-végétatives, y compris le statut psycho-social³. Le diagnostic est évoqué devant l'existence d'un large éventail de symptômes, durant depuis au moins 6 mois. Certains symptômes sont caractéristiques : selles molles fréquentes ou/et constipation, douleur ou inconfort abdominal, ballonnement, provocation par l'ingestion de nourriture ou d'aliments spécifiques, variabilité dans le temps (localisation de la douleur, aspect des selles). D'autres symptômes tels que léthargie, nausées, douleurs dorsales, douleurs vésicales, sont fréquents et peuvent contribuer à étayer le diagnostic. Seulement 20% des patients parleront d'incontinence sphinctérienne si la question n'est pas posée¹.

Les critères de Rome III

Ils sont actuellement proposés comme critères de référence : douleur ou inconfort au moins 3 jours par mois durant les 3 derniers mois et début > 6 mois + amélioration par la défécation et/ou modification de la fréquence et/ou de la consistance des selles. Ils définissent 3 sous-groupes compte tenu de l'aspect des selles mieux corrélé que leur fréquence à l'évaluation du transit : SSI avec diarrhée (SSI-D = selles défaites > 25% du temps et selles dures < 25% du temps,) plus fréquent chez l'homme, avec constipation (SSI-C = selles dures > 25% et selles molles < 25%), plus fréquent chez la femme ou mixte (SSI-M = selles molles et selles dures > 25%).

Que conclure pour notre pratique ?

Dans toutes les dernières recommandations internationales, *American College of Gastroenterology IBS Task Force, World Gastroenterology Organisation, British Society of Gastroenterology* le diagnostic de SSI doit se fonder sur les critères cliniques et la vérification de l'absence de signes d'alarme. En leur absence, il n'est pas recommandé d'effectuer d'examen complémentaire. Des tests sérologiques et des examens de selles ne sont à envisager qu'en cas de suspicion de maladie inflammatoire intestinale.

La prise en charge repose dans un premier temps sur les modalités de style de vie et des traitements symptomatiques. Nous y reviendrons

Signes d'alerte de pathologie organique

Age > 50 ans, aggravation progressive des symptômes, amaigrissement inexpliqué, diarrhée nocturne, melaena ou rectorragies, perception d'une masse abdominale ou rectale, antécédents familiaux de cancers ou pathologie colique ou intestinale ou de maladie coeliaque, anémie ferriprive inexpliquée.

Origine iatrogène

Alimentaire : calcium, magnésium, son de blé
Médicamenteuse : antihistaminiques, AINS, antibiotiques, antidépresseurs, antiparkinsoniens, antipsychotiques, inhibiteurs calciques, metformine, diurétiques, opioïdes, sympathicomimétiques.

Examens complémentaires ?

Il existe une grande incertitude concernant les limites et associations entre SII et maladie inflammatoire intestinale.

Coloscopie : une étude cas contrôle (466 patients suspects de SII et 451 témoins en bonne santé) a montré une prévalence de lésions inflammatoires microscopiques de 1,5% (7/466) dans le groupe SII et 2,3% dans le groupe témoin ≥ 45 ans : une coloscopie de routine n'est donc pas justifiée chez des patients présentant des signes caractéristiques de SII sans autre signe d'appel.

Calprotectine fécale et CRP : au vu des différentes études ayant évalué l'apport de ces tests sanguins et/ou examens de selles³⁻⁵, il n'y a aucune preuve de leur intérêt. Ils ne sont donc pas recommandés en routine chez des patients présentant des signes caractéristiques de SSI en dehors de signes d'alarme évocateurs de maladie inflammatoire : risque de maladie inflammatoire intestinale < 1% si calprotectine fécale (hors nomenclature) < 40 µg/g ou CRP < 0,5 mg/dl⁴.

Références

- 1- NICE. Irritable bowel syndrome in adults: diagnosis and management of irritable bowel syndrome in primary care. NICE clinical guideline 61. 2015
- 2- Hookway C et al. Irritable bowel syndrome in adults in primary care: summary of updated NICE guidance. *BMJ*. 2015;350:
- 3- Zisimopoulou S et al. Syndrome de l'intestin irritable : un diagnostic d'exclusion? *Rev Med Suisse*. 2012;8:1821-5.
- 4-Chey WD et al. The Yield of Colonoscopy in Patients With Non-Constipated Irritable Bowel Syndrome: Results From a Prospective, Controlled US Trial. *Am J Gastroenterol*. 2010;105(4):859-65.
- 5- Cash BD et al. Review article: irritable bowel syndrome - an evidence-based approach to diagnosis. *Aliment Pharmacol Ther*. 2004; 19:1235-45.