

Le syndrome du côlon irritable :

ce que vous devez savoir

Par Marc Bradette, MD, FRCPC

Le syndrome du côlon irritable (SCI) est la condition gastro-intestinale la plus souvent diagnostiquée. La prévalence du SCI en Amérique du Nord est d'environ 10 % à 15 %. Cette condition touche à la fois les hommes et les femmes, mais les femmes en sont toutefois plus souvent atteintes. Seulement 25 % des patients affectés consultent leur médecin à ce sujet. Le nombre de patients qui consultent est tout de même très élevé et cela représente au moins 25 % à 50 % des consultations en gastro-entérologie. Cette condition est la deuxième cause d'absentéisme au travail, après le rhume.

Quelles sont les manifestations cliniques?

Des douleurs abdominales peuvent être ressenties par le patient qui souffre du SCI, comme des crampes ou un inconfort abdominal d'intensités variables, et elles sont accompagnées d'exacerbations périodiques généralement localisées à l'abdomen inférieur.

Les patients qui souffrent du SCI peuvent également présenter des diarrhées, une constipation ou une alternance de diarrhées et de constipation. La constipation peut durer de quelques jours à quelques mois, mais elle peut alterner avec des selles normales et parfois même de la diarrhée.

Les autres symptômes extra-intestinaux associés au SCI sont la dyspareunie, la dysménorrhée,

Tableau 1

Les critères de Rome permettant le diagnostic clinique du syndrome du côlon irritable

Douleur ou inconfort abdominal présent depuis au moins 12 semaines (pas nécessairement consécutives) associés à 2 des 3 conditions suivantes :

1. Soulagement après la défécation et/ou
2. Association à un changement de la fréquence des selles et/ou
3. Association à un changement de la forme des selles.

l'urgence urinaire, la douleur musculaire compatible avec une fibromyalgie, la céphalée de tension, la douleur rétrosternale non coronarienne, la fatigue chronique et la douleur pelvienne chronique.

L'examen physique devrait être normal, mis à part une sensibilité à la palpation, surtout au niveau de l'abdomen inférieur, en particulier sur la fosse iliaque gauche. Tout autre « signe anormal » décelé lors de l'examen physique doit orienter vers un diagnostic différent, tel que certaines maladies inflammatoires de l'intestin, une pancréatite chronique, un problème de malabsorption ou un trouble gynécologique.

Questions et réponses sur le syndrome du côlon irritable

Questions

Quelle est la prévalence du syndrome du côlon irritable?

Quels sont les critères diagnostiques?

Réponses

La prévalence du syndrome du côlon irritable en Amérique du Nord est de 10 % à 15 %.

Une douleur ou un inconfort abdominal depuis au moins 12 semaines associés à 2 des 3 conditions suivantes :

- un soulagement après la défécation et/ou
- un changement de la fréquence des selles et/ou
- associé à un changement de la forme des selles.

Comment poser le diagnostic?

Des efforts ont été déployés pour tenter de normaliser le diagnostic du SCI selon certains critères cliniques. Les critères de Rome ont d'abord été élaborés à des fins de recherche, mais ils sont rapidement devenus très utiles aux clini-

ciens pour permettre à ceux-ci de diagnostiquer le SCI chez des patients qui ne présentent aucun symptôme d'alarme souvent associés à cette affection (tableau 1). Si un ou plusieurs symptômes (ou signes d'alarme) sont présents, un diagnostic autre que celui de syndrome du côlon irritable doit être envisagé; une investigation s'impose (tableau 2).

Comment procéder à l'investigation?

Il n'est pas évident de savoir quand procéder à une investigation poussée des patients qui ne présentent pas de symptômes ou de signes d'alarme. L'examen de base devrait inclure des examens de laboratoire, tels qu'une formule sanguine complète et un bilan biochimique de base. Si le symptôme prédominant est une diarrhée, une analyse des selles devrait alors être demandée (culture des



Le **Dr Bradette** est gastro-entérologue à l'Hôpital Hôtel-Dieu de Québec.

Le syndrome du côlon irritable

selles, recherche de parasites et recherche de la toxine du *Clostridium difficile*) ainsi qu'un dosage de l'hormone thyroïdienne. De plus, un dosage d'anticorps antitransglutaminases permet de vérifier s'il s'agit d'une maladie cœliaque, laquelle peut être présente chez près de 10 % des patients qui souffrent de diarrhées sans autre symptôme ou signe d'alarme.

Un examen endoscopique tel qu'une coloscopie longue devrait être envisagé chez tous les patients âgés de plus de 50 ans (ou de plus de 40 ans chez ceux qui présentent un antécédent familial de néoplasie du côlon) ou chez n'importe quel patient qui présente des symptômes ou des signes d'alarme. Avec une telle approche, moins de 5 % des patients atteints d'une maladie organique seront incorrectement diagnostiqués d'un SCI (figure 1).

Quels sont les traitements?

Les gens atteints du SCI adoptent souvent de nouvelles habitudes alimentaires peu utiles, étant donné que les symptômes surviennent souvent après les repas. Cependant, chez certains patients, la caféine, les aliments gras et certains produits contenant du sorbitol (gomme à mâcher sucrée sans sucre), du fructose (fruits et jus de fruits) ou du lactose (surtout le lait et la crème glacée, les yogourts et le fromage en contenant très peu) peuvent exacerber les symptômes. C'est pourquoi le retrait de ces aliments peut certainement améliorer l'état de certains patients.

Malheureusement, il n'existe pas encore de médicaments qui permettent de traiter tous les

Tableau 2

Les signes ou symptômes nécessitant une évaluation

- Apparition des symptômes après l'âge de 50 ans
- Hémorragie digestive haute (méléna ou hématurie)
- Rectorragies
- Anémie
- Perte de poids
- Diarrhée sévère
- Hyperthermie
- Antécédents familiaux de néoplasie du côlon, de maladie inflammatoire de l'intestin ou de maladie cœliaque.

PREMIER INHIBITEUR DE L'ABSORPTION DU CHOLESTÉROL

AVANT DE PRESCRIRE EZETROL[®], CONSULTER LES RENSEIGNEMENTS D'ORDONNANCE CI-JOINTS. LORSQU'ON SE PROPOSE D'ADMINISTRER EZETROL[®] CONJOINTEMENT AVEC UNE STATINE, IL IMPORTE DE CONSULTER ÉGALEMENT LA MONOGRAPHIE DE LA STATINE.

EN TERME D'EFFICACITÉ
EZETROL[®]
ézétimibe

et une statine
FAIRE MIEUX ENSEMBLE !



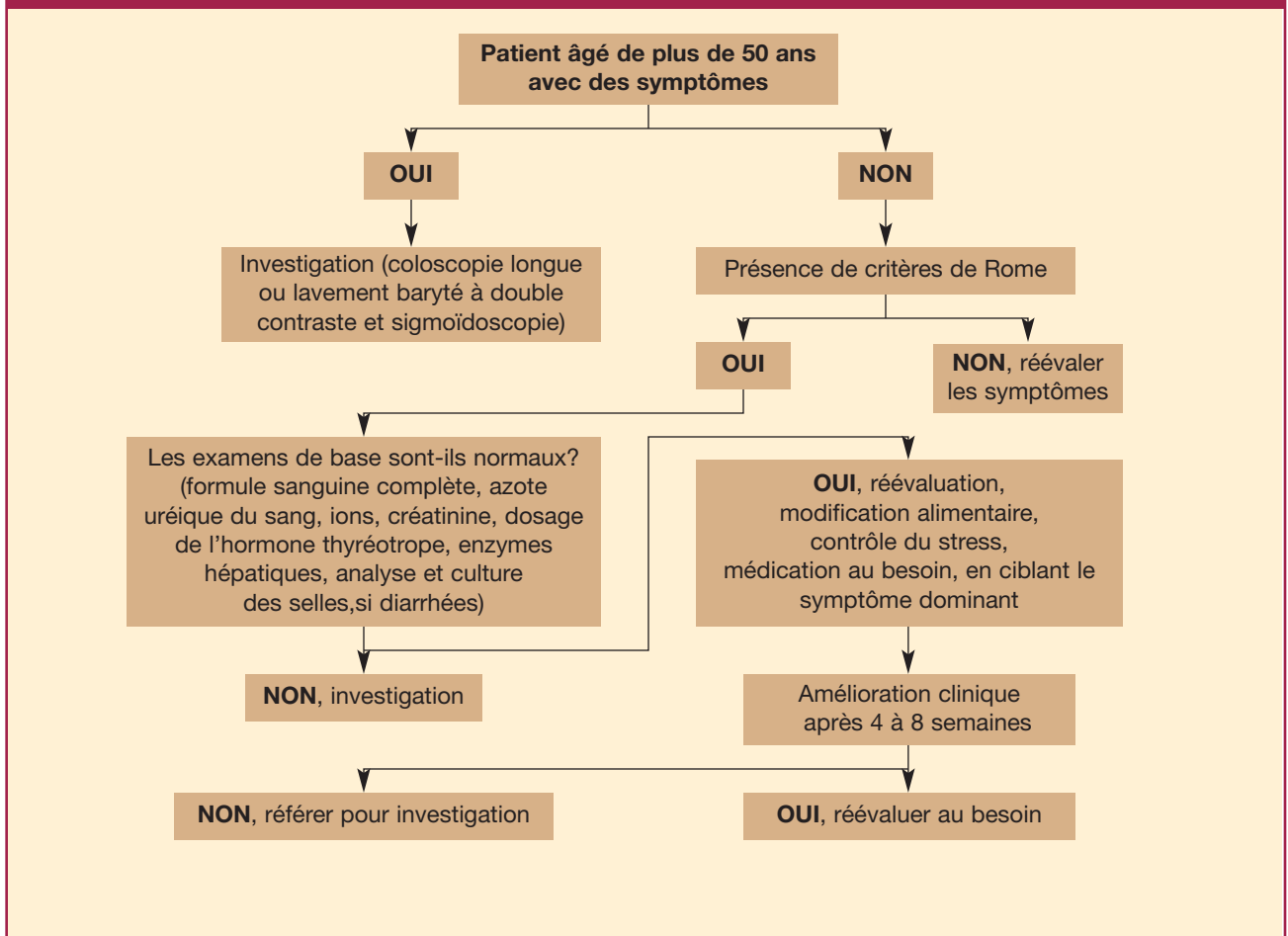
MERCK FROSST / Schering
Produits pharmaceutiques
Merck-Frosst-Schering-Pharma, S.E.N.C.
Orléans, Québec

[®] Marque de commerce utilisée sous licence.
EZT-03-CDN-44200184-J4-F

Le syndrome du côlon irritable

Figure 1

Algorithme de l'évaluation du patient



symptômes du SCI. Le traitement disponible actuellement vise surtout à corriger un symptôme particulier et son efficacité est plutôt faible auprès des autres symptômes.

La constipation

Il est recommandé d'augmenter progressivement la consommation de fibres jusqu'à 20 à 30 g par

jour, mais cela est souvent difficile à réaliser avec une diète. On doit ainsi avoir recours à des suppléments, tels que le psyllium. Si le recours aux fibres s'avère inefficace, un laxatif osmotique comme le lactulose (30 à 60 mL par jour), le polyéthylène glycol (à raison d'un verre par jour) ou le lait de magnésie (30 à 60 mL par jour) peuvent être efficaces. Les laxatifs stimulants, dont

Le syndrome du côlon irritable

les sennosides, le cascara et le séné, ne devraient pas être utilisés, car une phylaxie pourrait se développer et ces médicaments provoquent souvent des crampes abdominales incommodes.

La diarrhée

Les personnes chez qui la diarrhée est caractérisée par des facteurs bien précis, tels que des apparitions en public, devraient essayer les antidiarrhéiques, au besoin. Cette médication ne traite cependant pas les crampes abdominales qui accompagnent fréquemment les diarrhées. La cholestyramine peut être tentée pour traiter les cas de diarrhées réfractaires, mais elle est particulièrement efficace auprès des diarrhées postcholécystectomies que l'on retrouve chez 10 % à 15 % des patients ayant subi une telle chirurgie à la vésicule biliaire.

Les douleurs abdominales

Les douleurs abdominales représentent souvent le symptôme le plus incommode pour les patients. Les antispasmodiques sont souvent prescrits dans ces cas et ceux-ci incluent les médicaments qui ont un effet direct sur la relaxation musculaire (bromure de pinavérium et maléate de trimébutine) et ceux qui agissent par l'intermédiaire des récepteurs anticholinergiques ou les antimuscles lisses (dicyclomine et hyoscyamine). Une méta-analyse récente de plus de 23 études groupe témoin à répartition aléatoire évaluant l'effet des relaxants musculaires ont démontré une améliora-

tion significative de la douleur abdominale.

Les antidépresseurs

Les antidépresseurs à faible dose pourraient aussi avoir un effet analgésique indépendamment de leur effet antidépresseur. Le mécanisme d'action de cette classe de médicaments demeure inconnu, mais il pourrait être relié au relâchement endogène d'endorphine ou au blocage de la sérotonine (neuromodulateur de la douleur bien reconnu).

Le nombre de patients qui consultent pour le SCI représente au moins 25 % à 50 % des consultations en gastro-entérologie.

EZETROL^{MC} : MODE D'ACTION UNIQUE, COMPLÉMENTAIRE À CELUI D'UNE STATINE

AVANT DE PRESCRIRE EZETROL^{MC}, UN INHIBITEUR DE L'ABSORPTION DU CHOLESTÉROL, CONSULTER LES RENSEIGNEMENTS D'ORDONNANCE CI-JOINTS. LORSQU'ON SE PROPOSE D'ADMINISTRER EZETROL^{MC} CONJOINTEMENT AVEC UNE STATINE, IL IMPORTE DE CONSULTER ÉGALEMENT LA MONOGRAPHIE DE LA STATINE.

EN TERME D'EFFICACITÉ
EZETROL^{MC}
ezetimibe

et une statine
FAIRE MIEUX ENSEMBLE !

MERCK FROSST / Schering
Produits pharmaceutiques
Unipress - Schering Pharma, S.E.M.C.
Grand-Duc, Québec

CCPP

*Marque de commerce utilisée sous licence.
EZT-03-CDH-44200185-JA-F

Le syndrome du côlon irritable

Tableau 4

Les traitements du syndrome du côlon irritable

Médicament	Dosage
Antispasmodiques	
Dicyclomine	20 mg, 2 à 4 fois par jour
Pinavérium	50 mg, 3 fois par jour
Hyoscyamine	0,125 mg, 2 à 4 fois par jour
Trimébutine	100 à 200 mg, 3 fois par jour
Chlordiazépoxide	1 à 2 comprimés, 2 à 4 fois par jour
Antidiarrhéiques	
Cholestyramine	2 à 4 g par jour, dans un verre d'eau
Lopéramide	2 mg, 2 à 4 fois par jour
Laxatifs	
Lactulose	30 mL, 1 à 3 fois par jour
Polyéthylèneglycol	1 à 2 verres, 1 fois par jour
Lait de magnésie	30 à 60 mL, 1 à 3 fois par jour
Agonistes des récepteurs 5-HT4	
Tégasérod	6 mg, 2 fois par jour pendant 3 mois
Antidépresseurs tricycliques	
Amitriptyline	25 à 50 mg, une fois par jour
Désipramine	10 à 75 mg, une fois par jour
Nortriptyline	10 à 75 mg, une fois par jour

L'expérience clinique effectuée avec cette classe de médicaments semble positive et une méta-analyse récente de 12 études groupe témoin à répartition aléatoire a démontré une diminution significative des douleurs abdominales avec l'utilisation de ce type de médication.

Les inhibiteurs de la recaptation de la sérotonine n'ont pas été évalués dans des études groupe témoin à répartition aléatoire, mais certaines études non contrôlées ont toutefois démontré un

effet bénéfique potentiel de ces agents. Cela demeure cependant à confirmer.

De nouveaux médicaments, les modulateurs de la sérotonine, peuvent améliorer les douleurs abdominales chez les patients qui souffrent du SCI. L'alosétron, qui est actuellement disponible aux États-Unis, fut le premier anti-5-HT3 disponible sur le marché. Quatre études groupe témoin à répartition aléatoire ont confirmé l'efficacité de l'alosétron chez les femmes atteintes du SCI ayant prédominance de diarrhées.

Cette médication n'est pas indiquée chez l'homme, car les études n'ont jamais pu recruter suffisamment d'hommes pour permettre une évaluation adéquate. Des cas de colites ischémiques ont cependant été rapportés avec cette médication sans qu'une relation de cause à

effet n'ai pu être établie. Son utilisation est donc actuellement très restreinte.

Les agonistes des récepteurs 5-HT4 peuvent améliorer la constipation en stimulant la motricité colique. Le tégasérod est actuellement disponible au Canada. Quatre études ont confirmé l'efficacité de ce médicament auprès des femmes atteintes du SCI ayant une prédominance de constipation. Cette médication n'est pas encore recommandée

Le syndrome du côlon irritable

À retenir...

La prévalence

- Le SCI est la condition gastro-intestinale la plus souvent diagnostiquée.

Le diagnostic

- Les patients qui présentent des symptômes modérés à graves peuvent quant à eux procéder à un monitoring de leurs symptômes pour permettre au médecin d'identifier certains facteurs concomitants.

Les traitements

- Les patients qui présentent peu de symptômes ne doivent pas nécessairement avoir recours à une médication.
- Une modification de la diète, ainsi qu'un apport suffisant en fibres pour les patients qui souffrent de constipation, peuvent être suffisants.

Quelles sont les nouvelles thérapies de rechange?

Pour les patients dont les symptômes sont plus importants, une psychothérapie peut être bénéfique. De plus, quelques études préliminaires portant sur l'hypnose sont très encourageantes. L'acupuncture pourrait égale-

chez les hommes, car les études n'ont pu évaluer suffisamment d'hommes pour permettre une évaluation adéquate. Les études évaluant le niveau de sécurité à long terme du médicament pour une période de plus de douze mois ont démontré qu'il s'agit d'une médication très sécuritaire et l'effet indésirable le plus souvent rapporté est une diarrhée qui disparaît lors de l'arrêt de la médication. Le tégasérod est actuellement prescrit aux patients atteints du SCI qui présentent une constipation.

POUVEZ-VOUS OBTENIR UNE EFFICACITÉ SUPÉRIEURE AVEC UNE DOUBLE ACTION INHIBITRICE?

AVANT DE PRESCRIRE EZETROL[®], UN INHIBITEUR DE L'ABSORPTION DU CHOLESTÉROL, CONSULTER LES RENSEIGNEMENTS D'ORDONNANCE CI-JOINTS. LORSQU'ON SE PROPOSE D'ADMINISTRER EZETROL[®] CONJOINTEMENT AVEC UNE STATINE, IL IMPORTE DE CONSULTER ÉGALEMENT LA MONOGRAPHIE DE LA STATINE.

EN TERME D'EFFICACITÉ
EZETROL[®]
ézétimibe

et une statine
FAIRE MIEUX ENSEMBLE!



MERCK FROSST / Schering
Produits pharmaceutiques
Marché Frossi / Schering Pharma, S.E.N.C.
Erlind, Dabur

[®]Marque de commerce utilisée sous licence.
EZT-03-CDN-44200186-1A-F

Le syndrome du côlon irritable

ment être bénéfique. En effet, une étude récente a démontré que l'acupuncture pratiquée trois fois par semaine pendant deux semaines réduit la douleur et le stress et cet effet bénéfique peut durer plus d'un mois. *Clin*

www.stacomunications.com



Cet article est disponible en ligne.
Visitez *Le Clinicien*.

Suggestions de lecture

1. Talley, NJ, Zinsmeister, AR, Van Dyke, C, et coll. : Epidemiology of colonic symptoms and the irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 101:927, 1991.
2. Brandt, LJ, Bjorkman, D, Fennerty, MB, et coll. : Systematic review on the management of irritable bowel syndrome in North America. *Am J Gastroenterol* 97:S7, 2002.
3. Hungin, AP, Whorwell, PJ, Tack, J, et coll. : The prevalence, patterns and impact of irritable bowel syndrome: An international survey of 40 000 subjects. *Aliment Pharmacol Ther* 17:643, 2003.
4. Schuster, MM : Diagnostic evaluation of the irritable bowel syndrome. *Gastroenterol Clin North Am* 20:269, 1991.
5. Lynn, RB, Friedman, LS : Irritable bowel syndrome. *N Engl J Med* 329:1940, 1993.
6. Swarbrick, ET, Bat, L, Hegarty, JE, et coll. : Site of pain from the irritable bowel. *Lancet* 2:443, 1980.
7. Whorwell, PJ, McCallum, M, Creed, FH, et coll. : Non-colonic features of irritable bowel syndrome. *Gut* 27:37, 1986.
8. Thompson, WG, Longstreth, G, Drossman, DA, et coll. : Functional bowel disorders. Dans : *Rome II: The Functional Gastrointestinal Disorders*, deuxième édition, Drossman, DA, Corazziari, E, Talley, et coll. Degnon Associates, McLean, VA 2000, p. 355.
9. Camilleri, M, Choi, MG. : Irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 11:3, 1997.
10. Hammer, J, Talley, NJ : Diagnostic criteria for the irritable bowel syndrome. *Am J Med* 107:5S, 1999.
11. Vanner, SJ, Depew, WT, Paterson, WG, et coll. : Predictive value of the Rome criteria for diagnosing the irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol* 94:2912, 1999.
12. Drossman, DA, Whitehead, WE, Camilleri, M : Irritable bowel syndrome: A technical review for practice guideline development. *Gastroenterology* 112:2120, 1997.
13. Schmulson, MW, Chang, L : Diagnostic approach to the patient with irritable bowel syndrome. *Am J Med* 107:20S, 1999.
14. Drossman, DA, Thompson, WG : The irritable bowel syndrome: Review and a graduated multi-component treatment approach. *Ann Intern Med* 116:1009, 1992.
15. Whitehead, WE, Holtkotter, B, Enck, P, et coll. : Tolerance for rectosigmoid distension in irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 98:1187, 1990.

À visiter :

Portail santé de médecine intégré :
www.reseauproteus.net/1000maux/s/syncolonirrit.htm

