

N°229 - Colopathie fonctionnelle.

R. Jian

Objectifs

Diagnostiquer une colopathie fonctionnelle.

Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.

Points importants

- Les troubles fonctionnels digestifs (TFD) sont le motif de consultation le plus fréquent en gastro-entérologie.
- Ils sont le plus souvent dus à une anomalie motrice ou sensitive du tube digestif.
- Douleurs abdominales, troubles du transit et ballonnements en constituent la triade symptomatique du syndrome de l'intestin irritable.
- L'ancienneté des symptômes, la conservation de l'état général, et la normalité de l'examen physique sont les 3 éléments essentiels du diagnostic de TFD.
- Aucune des anomalies objectives identifiées n'est constante ni spécifique. Le diagnostic de TFD est donc un diagnostic d'exclusion.
- Un piège fréquent consiste à attribuer des symptômes de TFD à des lésions organiques asymptomatiques (lithiase vésiculaire, diverticulose colique).
- Répéter les examens complémentaires en l'absence de modifications des symptômes est inutile et coûteux.
- En revanche, un sujet atteint de TFD peut un jour avoir une affection organique, ce qui impose de prêter une grande attention à la survenue de tout signe inhabituel dans le suivi de ces malades.
- Les malades atteints de TFD ne sont pas des malades imaginaires.
- Écouter le patient, le rassurer sur la bénignité de ses symptômes, et lui expliquer leur caractère chronique est l'essentiel du traitement des TFD.

1 DÉFINITION ET ÉPIDÉMIOLOGIE

Les troubles fonctionnels digestifs (TFD) sont définis par l'existence de différents symptômes digestifs qui ne s'associent à aucune anomalie anatomique décelable, et à aucune pathologie bien définie. Leur évolution est volontiers chronique mais toujours bénigne. Ils peuvent être regroupés en 3 principaux syndromes : le syndrome de l'intestin irritable, la constipation idiopathique isolée, et la dyspepsie chronique idiopathique (*tableau 1*). En pratique, il n'est pas rare de constater la coexistence de ces différents syndromes chez un même patient.

Tableau 1 – Troubles fonctionnels digestifs : principales formes symptomatiques

	Symptômes
Syndrome de l'intestin irritable	• Douleurs abdominales • Troubles du transit (constipation, diarrhée ou alternance des deux) • Flatulences
Constipation idiopathique isolée	• Constipation ± ballonnement ± fausse diarrhée
Dyspepsie chronique idiopathique	• Lourdeur, pesanteur parfois douleur épigastrique post-prandiale • Lenteur de « digestion » • Ballonnement épigastrique • Satiété précoce • Nausées, vomissements

Les TFD sont le motif le plus fréquent de consultation en gastro-entérologie (environ 50 %). Ces troubles peuvent conduire à des explorations répétées, représentent une cause majeure d'absentéisme et de consommation médicale (plusieurs centaines de spécialités dans le dictionnaire Vidal concernent cette pathologie). Des études épidémiologiques ont montré que 15 à 30 % des sujets interrogés au sein de la population générale se plaignait, de façon plus ou moins fréquente de symptômes fonctionnels digestifs, mais que seuls 20 à 30 % d'entre eux consultait un médecin pour ce motif. **Les TFD constituent donc, en dépit de leur bénignité, un véritable problème de santé publique.**

Les TFD s'observent à tous les âges de la vie, y compris chez le jeune enfant. Leur pic de fréquence de début se situe vers l'âge de 30 ans. Il est exceptionnel qu'ils débutent après l'âge de 70 ans : le diagnostic de TFD doit donc être porté avec la plus grande réserve au-delà de cet âge. Le syndrome de l'intestin irritable est environ deux fois plus fréquent chez la femme que chez l'homme ; le syndrome dyspeptique a un sex-ratio de 1. Aucun facteur géographique, socio-économique, familial ou héréditaire n'a été mis en évidence dans cette pathologie.

Des terminologies impropres sont parfois utilisés pour qualifier les TFD. Celui de « colite » doit être banni car il implique une notion d'inflammation caractérisée absente dans cette entité, celui de colopathie également car les anomalies ne sont pas limitées au côlon. Le terme de troubles fonctionnels intestinaux (TFI) est également souvent utilisé, mais il est plus restrictif car il n'implique pas l'estomac.

2 PHYSIOPATHOLOGIE

Jusqu'à la dernière décennie, les TFD étaient considérés comme des symptômes d'origine psychique et n'ayant aucun substratum physiopathologique. En fait, de nombreuses anomalies objectives ont été récemment mises en évidence au cours des TFD et pourraient être impliquées dans leur physiopathologie. **Aucune n'est constante ni spécifique, ce qui explique qu'elles ne puissent être utilisées à des fins diagnostiques.**

2.1 Troubles moteurs

Dans les *formes où domine la constipation*, différents types d'anomalies de la motricité colique ou ano-rectale ont été incriminées (cf. question xxx). Dans les *formes diarrhéiques*, on peut observer au niveau du côlon une réponse motrice exagérée lors des repas, une accentuation de l'activité propulsive, ou au contraire une réduction des contractions stationnaires ayant un rôle de frein ; des anomalies sont également présentes au niveau de l'intestin grêle dont le temps de transit est raccourci. *Au cours de la dyspepsie*, près de 50 % des malades ont un ralentissement de la vidange gastrique, du à une hypomotricité antrale ou à un défaut de coordination antro-pylorique. Des perturbations motrices peuvent aussi expliquer certaines douleurs ressenties par les malades, liées à des contractions d'intensité ou de fréquence anormale au niveau de l'intestin grêle ou du côlon.

2.2 Troubles de la sensibilité

Des troubles de la sensibilité viscérale ont été mis en évidence chez les malades se plaignant de TFD. Ainsi, dans le syndrome de l'intestin irritable, il est possible de reproduire les symptômes habituels des patients en gonflant un ballonnet dans le côlon ou l'intestin grêle ; de plus, le seuil douloureux à la distension est abaissé chez ces malades. De la même façon, dans la dyspepsie chronique idiopathique, une hypersensibilité à la distension de l'estomac est présente chez près d'un malade sur deux.

2.3 Troubles psychologiques

Les troubles psychiques, dépistés par l'interrogatoire ou par des tests psychométriques, sont fréquents chez ces patients. Cependant, il est possible que ces troubles représentent d'avantage un motif qui pousse certains malades à consulter, qu'une cause réelle de leur symptômes. Il est toutefois fréquent de constater une aggravation des symptômes en période de stress, et une amélioration lors des périodes de repos.

2.4 Intolérance alimentaire

L'intolérance alimentaire, si souvent évoquée par les malades, n'est réelle que pour une très faible minorité d'entre eux. *L'intolérance au lactose*, liée à une absence d'activité lactasique au niveau de l'intestin grêle est l'anomalie la mieux caractérisée et peut s'exprimer par des symptômes voisins de ceux des TFD. On peut estimer qu'en France environ 50 % des adultes ont une alactasie, mais celle-ci reste le plus souvent totalement asymptomatique pour peu que les sujets ne soient pas de gros consommateurs de lait. La mise en évidence d'un déficit de l'activité lactasique au niveau de biopsies duodénales ou de la malabsorption du lactose par un

test respiratoire ne suffit donc pas au diagnostic d'intolérance au lactose. En pratique, ce diagnostic ne doit donc être retenu que lorsqu'un régime d'exclusion du lactose, pratiqué sur une courte période, entraîne une régression complète des symptômes, ce qui, en pratique, concerne moins de 1 % des sujets consultant pour TFD.

2.5 Autres mécanismes physiopathologiques

Une anomalie de l'absorption iléale des sels biliaires a été démontrée chez certains malades se plaignant de diarrhée d'allure fonctionnelle, par un test d'absorption de l'acide homo-tauro-cholique marqué au sélénium radioactif (test au SeHCAT).

- La production de gaz intestinaux semble normale chez la plupart des patients atteints de TFD mais il est possible que les troubles sensitifs mentionnés plus haut expliquent la sensation de ballonnement douloureux si fréquente chez ces malades.

- Les malades rattachent fréquemment le début de leurs symptômes à une infection ou à une parasitose intestinale. On a ainsi parlé de colite post-amibienne ou de colite post-infectieuse, qui correspondraient à des lésions séquellaires d'une infection guérie. En fait, ces entités n'ont aucune réalité.

3 DIAGNOSTIC

Le diagnostic des TFD reste un diagnostic d'exclusion du fait de l'absence d'anomalie objective **spécifique**. Il n'en demeure pas moins qu'un interrogatoire et un examen clinique attentifs sont essentiels pour limiter au maximum les examens complémentaires.

3.1 Symptomatologie

3.1.1 Douleurs abdominales

Elles sont présentes dans plus de 90 % des cas. Parfois diffuses, plus souvent localisées, elles affectent alors n'importe quel secteur abdominal, variant parfois d'un jour à l'autre chez le même patient ; elles irradient volontiers dans le dos, plus rarement au niveau du thorax ou des creux inguinaux. Elles sont continues ou paroxystiques (coliques). Elles n'ont ni rythme, ni périodicité, évoluant de façon anarchique dans la journée et d'un jour à l'autre ; elles sont rarement nocturnes et insomniantes. Différents facteurs peuvent influencer la douleur : certains aliments (dont la nature varie d'un patient à l'autre), les émotions ou le stress renforcent habituellement les douleurs ; à l'inverse, les restrictions alimentaires diverses, le repos, les vacances diminuent la fréquence et l'intensité des épisodes douloureux. La crise douloureuse est parfois soulagée par l'émission de selles ou de gaz.

3.1.2 Troubles du transit

Ils sont retrouvés chez près de 70 % des malades et se répartissent à part égale, en constipation isolée, diarrhée, et alternance diarrhée et constipation. La constipation évoque parfois un véritable ralentissement du transit avec fréquence des selles inférieure à 3 émissions par semaine. Plus souvent, il s'agit de difficultés d'exonération (selles trop dures, difficiles à émettre, impression d'évacuation incomplète du rectum). La diarrhée est souvent aqueuse, faite de selles volontiers matinales, parfois glaireuses (mucus) mais ne contenant jamais de sang. Des *caractères moteurs* sont souvent retrouvés : selles impérieuses, post-prandiales avec présence d'aliments ingérés peu de temps avant leur émission, efficacité des

ralentisseurs du transit (lopéramide). Ailleurs, les selles diarrhéiques contiennent des éléments fécaux durs (scyballes) et les épisodes de diarrhée alternent avec des épisodes de constipation : il s'agit alors d'une *fausse diarrhée de constipation*.

3.1.3 Flatulences

Elles sont présentes chez près d'un malade sur trois, sous forme de ballonnements abdominaux, tantôt purement subjectif, tantôt objectif avec un météorisme abdominal, ou d'une émission de gaz trop abondants.

3.1.4 Dyspepsie

Le syndrome dyspeptique se caractérise par une sensation de pesanteur épigastrique post-prandiale, une impression de digestion lente, parfois une satiété précoce au cours du repas. Des nausées et plus rarement des vomissements peuvent être observés. L'élément essentiel est le caractère post-prandial de ces symptômes, et leur survenue après un repas d'abondance normale, sans excès de graisses.

3.1.5 Autres symptômes

D'autres manifestations sont volontiers associées aux TFD et peuvent dans certains cas constituer la plainte principale des patients : impression de mauvaise haleine, langue saburrale, éructations, borborygmes, gaz malodorants. L'association de TFD à des symptômes de reflux gastro-œsophagien est également possible. Par ailleurs, le tableau s'enrichit volontiers de symptômes extradigestifs : céphalées ou migraines, myalgies, palpitations, douleurs thoraciques, troubles urinaires, gynécologiques ou généraux (asthénie, anorexie), troubles du sommeil et de l'humeur.

3.2 Diagnostic positif

Contrastant avec la richesse des plaintes fonctionnelles, *les signes objectifs sont quasiment absents* : l'état général est excellent, le poids est stable. *L'examen physique est négatif* en dehors de douleurs provoquées au niveau de diverses régions de l'abdomen.

Les éléments du diagnostic positif sont donc : (a) le polymorphisme du tableau symptomatique contrastant avec l'absence totale de signe objectif ; (b) l'ancienneté des symptômes, dont le début remonte parfois à l'enfance, et dont les caractères ne se sont guère modifiés ; (c) la dépendance des ces troubles vis-à-vis du stress ou d'événement socio-affectifs ; (d) parfois, le contexte psychologique : personnalité hypochondriaque ou hystérique, caractère obsessionnel, symptomatologie anxieuse ou dépressive.

3.3 Diagnostic différentiel

Cette étape du diagnostic est fondamentale puisqu'elle consiste à éliminer toute autre cause susceptible d'expliquer les symptômes du patient. Les diagnostics à envisager sont très nombreux et ne peuvent être énumérés ici. Les examens complémentaires nécessaires à ce diagnostic différentiel se discutent au cas par cas selon le contexte clinique. Quelques tests biologiques simples (numération formule sanguine, vitesse de sédimentation, ionogramme sanguin) peuvent être utiles pour aider à la décision de réaliser des explorations morphologiques. Un examen parasitologique des selles est également justifié.

3.3.1 Coloscopie

Cet examen a pour but de dépister une lésion organique iléo-colique. Il doit être préféré au lavement baryté qui est moins sensible et n'est réservé qu'aux échecs de la coloscopie complète. En cas de diarrhée, des biopsies systématiques du côlon doivent être réalisées si l'aspect macroscopique est normal, pour rechercher une colite microscopique. En présence de douleurs abdominales ou de troubles du transit, la coloscopie est indiquée dans les circonstances schématisées dans le tableau 2.

Tableau 2 – Principaux éléments guidant l'indication de la coloscopie au cours des TFD

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Antécédents familial de cancer ou d'adénomes colo-rectaux• Age > 45 ans (en l'absence de coloscopie complète au cours des 5 dernières années)• Symptômes récents, ou récemment modifiés• Présence de signes d'alarme<ul style="list-style-type: none">– rectorragies ou anémie,– syndrome rectal,– amaigrissement |
|---|

En revanche, il n'est pas nécessaire de proposer cet examen en première intention chez un sujet jeune, dont les symptômes sont anciens, isolés, bien tolérés sur plan général, et soulagés par un traitement symptomatique. La découverte de diverticules non compliqués ou de polypes bénins ne peut expliquer les symptômes et doit être interprétée comme une coïncidence, ces anomalies étant fréquentes dans la population générale. Une mélanose colique témoigne de la prise de laxatifs anthraquinoniques.

3.3.2 Autres explorations

- Une endoscopie œso-gastro-duodénale est justifiée en présence d'un syndrome dyspeptique ou d'épigastalgies, essentiellement pour rechercher un ulcère gastro-duodéal ou un cancer gastrique.

- Si les douleurs surviennent sous forme de crises paroxystiques, une échographie biliaire ou rénale peut être indiquée.

- Les autres explorations sont inutiles sauf si les caractères des symptômes soulèvent un doute diagnostique. Enfin, aucune exploration ne doit être répétée, sauf si la symptomatologie se modifie.

Il est fréquent de voir attribuer les symptômes de TFD à une lithiase vésiculaire découverte lors d'une échographie, ou à des diverticules sigmoïdiens non compliqués. L'analyse des symptômes permet, en règle générale, d'écarter aisément une pathologie biliaire ou diverticulaire, en raison du caractère chronique des symptômes, de l'absence de crises bien individualisée et de signes infectieux. Il faut savoir résister, dans ces situations, à une demande d'intervention parfois formulée par le malade, car celle-ci est inutile, et l'on observe le plus souvent une persistance ou une réapparition des symptômes après la chirurgie.

4 PRINCIPES DU TRAITEMENT

Les TFD constituent une condition sans aucune gravité mais dont l'évolution est habituellement chronique, et pour laquelle on ne dispose pas de traitement curatif. Le seul but du traitement consiste donc à améliorer le confort somatique et psychologique des patients.

Pour cela, il est essentiel de savoir les écouter, de ne pas les considérer comme des malades imaginaires (les signes fonctionnels sont bien réels), et d'essayer de leur expliquer au mieux l'origine de leurs symptômes. La possibilité d'une amélioration spontanée ou d'une fluctuation des symptômes même après une longue évolution doit être soulignée. L'imprévisibilité de l'évolution et un fort effet placebo (20 à 60 %) rendent difficiles l'appréciation de l'efficacité des médicaments, que seuls des essais thérapeutiques randomisés contre placebo et en double aveugle peuvent évaluer. En pratique clinique, si l'efficacité à court terme, au moins partielle, de certains médicaments se vérifie souvent, leur maintien à long terme donne des résultats plus aléatoires. La meilleure thérapeutique reste finalement l'écoute du patient et une discussion toujours renouvelée avec lui, l'amenant à accepter ces symptômes. Ceci nécessite du temps et du savoir faire.

4.1 Mesures hygiéno-diététiques

Les patients atteints de TFD ont souvent tendance à attribuer leur symptômes aux aliments ingérés lors de précédents repas ou à des « écarts de régime ». Ceci aboutit à de nombreuses restrictions alimentaires inutiles. De fait, l'intolérance alimentaire vraie est tout à fait exceptionnelle et aucun régime particulier ne doit être conseillé à ces patients. En revanche, il est clairement établi que l'apport de fibres améliore la constipation (et parfois les douleurs abdominales) ainsi que les troubles moteurs intestinaux décrits chez ces patients.

4.2 Traitement médicamenteux

Schématiquement, 4 classes de médicaments peuvent être utilisées, correspondant aux principaux symptômes de cette affection :

4.2.1 Douleurs abdominales

Un grand nombre d'anti-spasmodiques ont fait la preuve d'une certaine efficacité par rapport au placebo. Il s'agit soit de médicaments anti-cholinergiques (Librax[®], Riabal[®]), soit de médicaments agissant directement au niveau de la fibre musculaire comme la mébéverine (Duspatalin[®]), le phloroglucinol (Spasfon[®]), ou le bromure de pinaverium (Dicetel[®]). La trimebutine (Débridat[®]) qui agit sur les récepteurs opiacés du muscle lisse digestif a fait également la preuve de son efficacité.

4.2.2 Constipation

Le principe de son traitement est donné dans la question. Les laxatifs de lest (son, mucilages) ont également souvent un effet favorable dans les fausses diarrhées de constipation et sur les douleurs abdominales.

4.2.3 Diarrhée

Les ralentisseurs du transit ne sont administrés que dans les formes diarrhéiques vraies et sont surtout efficaces dans les formes où existe une accélération du transit intestinal. Il s'agit de médicaments opiacés à action locale comme le lopéramide (Imodium[®]), préférable au diphenoxylate associé à l'atropine dans le Diarsed[®], ou à la codeine. Leur efficacité est en général remarquable. Lorsqu'une malabsorption des sels biliaires est suspectée ou démontrée, on peut utiliser la cholestyramine (Questran[®]). Les « pansements intestinaux » à base d'argile (Smecta[®], Actapulgit[®], Bedelix[®]) sont parfois utilisés, sur des bases essentiellement empiriques.

4.2.4 Flatulences

Aucun médicament n'a fait réellement la preuve de son efficacité sur ce symptôme. Il peut être néanmoins utile de prescrire certains agents atoxiques et peu coûteux (charbon, polysilane), en espérant un effet placebo.

4.2.5 Dyspepsie

On utilise essentiellement les médicaments à action gastrokinétique comme le dompéridone (Motilium®), le cisapride (Prepulsid®), ou le métoclopramide (Priméran®). Les anti-acides et les anti-H₂ sont souvent prescrits de façon épisodique lorsque les épigastalgies dominent la symptomatologie ; leur efficacité dans cette indication n'est pas clairement établie et une telle prescription n'est justifiée que lorsqu'une partie des symptômes relève d'un reflux gastro-œsophagien..

4.3 Autres traitements

Différentes cures thermales ont été proposées pour le traitement des TFD : il est vraisemblable que l'efficacité de ces cures doit être mis sur le compte de l'effet placebo. La psychothérapie et les psychotropes ont fait la preuve d'une certaine efficacité par rapport au placebo dans les TFD. Ils doivent, en tout cas, être mis en route, après un avis spécialisé, en cas de trouble psychique patent.