

Comment rendre le côlon moins « irritable » ?

par Steve Whittom

Maude Ventre est âgée de 25 ans. Elle présente depuis trois ans un tableau clinique de douleurs abdominales associées à un ballonnement et à des habitudes intestinales irrégulières, qu'elle décrit comme une alternance de diarrhées et de constipation. Au cours des trois derniers mois, les diarrhées sont devenues plus fréquentes et les douleurs plus intenses. L'anamnèse ne révèle aucun symptôme d'alarme. Elle a mis fin récemment à une relation amoureuse qui durait depuis plus d'un an. Elle a consulté à une clinique sans rendez-vous, où on lui aurait mentionné qu'il s'agissait de spasmes abdominaux et d'anxiété. Insatisfaite de ces explications, elle vous consulte.

SUR LE PLAN DIGESTIF, le syndrome du côlon irritable (SCI) est l'entité diagnostique la plus fréquemment rencontrée en clinique, tant par les omnipraticiens que par les gastro-entérologues. On estime qu'il affecte près de 20 % de la population générale, dont le tiers consultera un médecin. Bien qu'il frappe les personnes des deux sexes, les jeunes femmes semblent plus souvent touchées sans que l'on ait pu, à ce jour, découvrir de raisons évidentes. Le SCI est un problème bénin, mais malheureusement chronique et récidivant. Les consultations médicales, les tests diagnostiques et les essais thérapeutiques répétés sont susceptibles d'engendrer des coûts substantiels. On trouve souvent chez ces patients d'autres troubles fonctionnels (dyspepsie non ulcéreuse, fibromyalgie, céphalées, etc.) ainsi qu'un taux plus élevé de chirurgies abdominopelviennes, qui peuvent également augmenter le fardeau économique lié au SCI (*encadré*).

Quels éléments faut-il rechercher à l'anamnèse ?

L'anamnèse est la pierre angulaire de la démarche diagnostique du SCI. Comme aucun test diagnostique ne peut confirmer la présence de la maladie, il est devenu impératif de tenter d'établir des critères diagnostiques fondés sur les symptômes, et non sur l'exclusion systématique d'autres maladies digestives par une investigation exhaustive. Les

Le Dr Steve Whittom, interniste et gastro-entérologue, exerce à l'Hôtel-Dieu de Lévis.

T A B L E A U I

Syndrome du côlon irritable : critères de Rome II

Pendant au moins 12 semaines (pas nécessairement consécutives) au cours des 12 mois précédents, le patient a noté la présence d'une douleur ou d'un malaise abdominal présentant deux de ces trois caractéristiques :

1. Il est soulagé par la défécation ;
et (ou)
2. il est associé à un changement dans la fréquence des selles ;
et (ou)
3. il est associé à un changement dans la forme ou l'apparence des selles.

Autres symptômes étayant un diagnostic de SCI :

- Fréquence anormale des selles
(≥ 3 défécations par jour ou < 3 défécations par semaine)
- Consistance des selles anormale (dures, molles, liquides)
- Passage anormal des selles (efforts de défécation, défécation impérieuse ou sensation de vidange incomplète)
- Passage de mucus
- Ballonnement ou sensation de distension abdominale

Source : Drossman DA, Corazziari E, Talley NJ, Thompson WG, Whitehead WE. Rome II: a multinational consensus document on functional gastrointestinal disorders. *Gut* 1999; 45 (Suppl 11): 43-7. Reproduit avec la permission de BMJ Publishing Group.

critères de Manning (1978) ont d'abord été proposés et furent largement utilisés. En 1988, des chercheurs de plusieurs pays, incluant le Canada, se sont réunis à Rome afin de

Physiopathologie du syndrome du côlon irritable

La physiopathologie du SCI a fait l'objet d'une multitude de travaux au cours des 50 dernières années. Les concepts initiaux de dysmotricité du tractus digestif ont plus récemment fait place à ceux de viscérosensibilité et de dysfonction de l'axe système nerveux central-système nerveux entérique. Les facteurs d'ordre psychologique sont toujours considérés dans l'équation, mais davantage comme modulateurs de l'expression de la maladie.

Trouble de la motricité

La dysmotricité a longtemps été considérée comme l'anomalie fondamentale du SCI. Le réflexe gastrocolique qui correspond à la stimulation de la motricité colorectale par la distension de l'estomac est anormal chez les patients souffrant du SCI. Des anomalies motrices du grêle sous forme de contractions non péristaltiques ont également été signalées¹. Ces contractions, bien qu'on les considère comme spécifiques au SCI, ne peuvent expliquer totalement les symptômes des patients, car elles ne sont objectivées que dans moins de 50 % des accès douloureux.

Trouble de perception

L'impossibilité d'expliquer les symptômes du SCI par un unique trouble de la motricité a mené à des recherches sur la perception viscérale. Ainsi, des études utilisant un « barostat » (gonflement d'un ballonnet dans l'œsophage, l'estomac ou le rectum) ont noté que les patients souffrant d'un SCI perçoivent la douleur à un volume de distension moindre que les sujets sains. De plus, certains patients perçoivent des stimuli considérés comme physiologiques comme des stimuli douloureux. Bien que les mécanismes explicatifs demeurent encore nébuleux, on croit que de multiples facteurs d'ordre génétique, inflammatoire, infectieux ou psychologique peuvent entraîner une altération de la fonction des neurorécepteurs et des afférences spinales et engendrer une sensibilisation des voies de transmission des sensations viscérales.

Trouble psychologique

La notion que le SCI serait lié à un état psychologique anormal ou même causé par un tel état remonte sans doute aussi loin que le concept du SCI lui-même. Il appert que les facteurs psychologiques peuvent affecter l'expression de la maladie et permettraient même de déterminer quels patients sont susceptibles de consulter². Ceux-ci ont plus souvent des tests psychométriques anormaux, et la prévalence de diagnostics psychiatriques (anxiété, dépression) est plus élevée. Ainsi, le stress est susceptible d'influer sur la fonction gastro-intestinale, et il est souvent plus marqué chez les patients ayant un SCI confirmé. Il est également connu que des antécédents d'agression physique ou sexuelle, une perte importante ou un traumatisme quelconque peuvent déclencher ou exacerber un SCI. La notion d'agression a d'ailleurs été étudiée de façon spécifique, et de 31 à 44 % des patientes adressées à des centres de soins tertiaires pour un SCI réfractaire en auraient été victimes³. Ces patientes ont tendance à communiquer leur détresse psychologique par des symptômes physiques.

proposer une classification des troubles digestifs fonctionnels. Cette réunion a donné naissance aux critères de Rome I, qui ont été mis à jour en 1999 (critères de Rome II) (voir le *tableau I*⁴). La sensibilité, la spécificité et la valeur prédictive positive de la première version ont été établies de manière rétrospective et sont estimées à 65 %, à 100 % et à 100 % respectivement⁵.

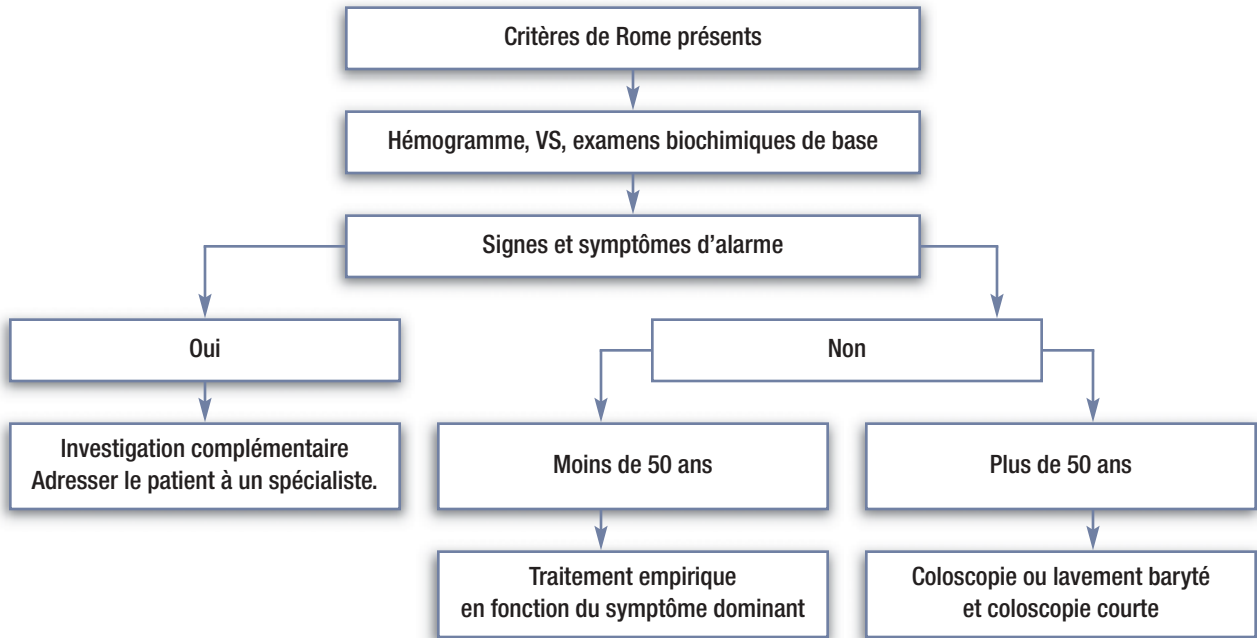
D'autres indices de SCI peuvent également être relevés à l'anamnèse, notamment la chronicité et la récurrence des

symptômes. Le ballonnement abdominal est fréquent et est considéré par certains patients comme le symptôme dominant. L'évacuation de mucus est souvent signalée. L'intensité, le siège et les moments d'apparition de la douleur abdominale peuvent varier dans le temps. Bien qu'une alternance de diarrhées et de périodes de constipation soit souvent mise en évidence, ces symptômes ne constituent pas, en l'absence de douleurs, un SCI. L'apparition de maux après un phénomène infectieux du tractus digestif est de plus en plus souvent signalée. Des études récentes mentionnent d'ailleurs que de 7 à 30 % des patients souffriront d'un SCI après une infection entérique⁶. On croit que la présence ponctuelle d'une réaction inflammatoire intestinale amènerait des changements persistants dans la physiologie digestive menant à l'expression clinique du SCI.

L'anamnèse est la pierre angulaire de la démarche diagnostique du syndrome du côlon irritable.

FIGURE

Exploration du syndrome du côlon irritable



Les implications thérapeutiques d'une telle association demeurent toutefois à déterminer.

Il est essentiel de rechercher à l'anamnèse les signes et symptômes d'alarme qui justifieront une investigation plus fouillée avant de poser un diagnostic final de SCI. Ce sont : fièvre, perte pondérale, rectorragies et symptômes nocturnes. Des antécédents familiaux de néoplasie digestive, de maladie inflammatoire intestinale (MII) ou de maladie cœliaque ainsi que l'apparition récente de signes et symptômes digestifs chez un patient de plus de 50 ans justifieront également une évaluation particulière (tableau II).

Finalement, l'examen physique du patient souffrant de SCI ne révèle habituellement aucune anomalie, si ce n'est une sensibilité non spécifique à la palpation, signalée plus souvent au niveau du cadre colique. La distension abdominale est généralement absente, même chez les patients dont le symptôme principal est un ballonnement abdominal. De rares patients iront jusqu'à simuler une distension abdominale en exagérant une lordose lombaire.

Quand faut-il prescrire une investigation structurelle (coloscopie ou lavement baryté) (figure)?

Si les critères diagnostiques sont présents mais pas les

T A B L E A U II

Les signes et symptômes d'alarme du syndrome du côlon irritable

- Perte de poids
- Rectorragie
- Anémie
- Fièvre
- Symptômes nocturnes
- Antécédents familiaux : néoplasie colique, MII, maladie cœliaque

signes et symptômes d'alarme, l'investigation peut demeurer circonscrite. Les patients de moins de 50 ans ayant des symptômes chroniques et récurrents n'ont généralement pas besoin d'une investigation structurelle. Pour ces

Les patients de moins de 50 ans ayant des symptômes chroniques et récurrents n'ont généralement pas besoin d'une investigation structurelle.

R E P È R E

patients, un hémogramme, la mesure de la vitesse de sédimentation (VS) et un profil biochimique peuvent être considérés comme une évaluation adéquate. Si les diarrhées prédominent, des cultures de selles avec une recherche de parasites et des tests de la fonction thyroïdienne sont indiqués. Un transit baryté du grêle peut également être réalisé chez certains patients, surtout lorsque le tableau clinique est atypique d'un SCI ou en présence d'une diarrhée familiale de maladie inflammatoire intestinale. La maladie coeliaque doit être envisagée dans le diagnostic différentiel si le patient présente une diarrhée chronique, avec ou sans perte pondérale, une anémie ou un déficit nutritionnel. Ce diagnostic sera appuyé par la présence d'anticorps antitransglutaminases et confirmé par des biopsies duodénales (réalisées au cours d'une gastroscopie), qui montreront une atrophie villositaire grave réversible avec le retrait du gluten du régime alimentaire.

Les patients âgés de plus de 50 ans ayant des symptômes d'apparition récente pouvant évoquer un SCI devraient subir une évaluation structurelle colique, par coloscopie longue ou lavement baryté à double contraste (LBDC) avec sigmoïdoscopie. Les examens s'avèrent justifiés dans un contexte d'augmentation de la prévalence de la néoplasie colique après 50 ans. La disponibilité de l'endoscopie sera déterminante quant à la stratégie diagnostique à adopter. Une étude récente comparant l'efficacité de la coloscopie longue et du LBDC pour la détection de polypes pourrait nous inciter à favoriser l'approche endoscopique. Des taux de détection avec le LBDC de 32 %, 53 % et 48 % ont été relevés pour les adénomes de moins de 0,5 cm, de 0,6 à 1 cm et de plus de 1 cm respectivement⁷.

Soulignons finalement que la découverte radiologique ou endoscopique d'une diverticulose colique n'exclut pas un SCI, les deux entités survenant à une fréquence considérable dans la population générale et pouvant fort bien se retrouver chez un même patient.

Y a-t-il un médicament qui « marche » ?

Une fois le diagnostic de SCI posé, les efforts du médecin traitant seront dirigés vers l'éducation du patient, la

rassurance et le soulagement des symptômes. La majorité des patients vus en pratique générale (70 %) ont des symptômes légers, intermittents, sans répercussions sur les activités de la vie quotidienne ni troubles psychologiques évidents⁸. Ce type de patients ne nécessite généralement pas d'intervention pharmacologique. Il s'avère important d'être rassurant quant à la justesse du diagnostic posé. On doit insister sur le fait que le SCI est un problème fréquent, bénin, sans cause bien établie, et que le diagnostic s'obtient sur le fondement d'un ensemble de symptômes, et non par un test spécifique. Une bonne relation médecin-patient est essentielle et peut s'avérer aussi bénéfique qu'une intervention pharmacologique, notamment en ce qui a trait à la satisfaction du patient et à son observance du plan de traitement proposé. Le médecin doit bien cibler la raison pour laquelle la personne le consulte. Un patient ayant des symptômes chroniques évocateurs de SCI peut décider de consulter après qu'un proche a eu un diagnostic de néoplasie colique. Il faudra le rassurer en lui expliquant qu'il n'y a pas de lien entre ses symptômes et un cancer du côlon. Il est primordial de détecter un stresser particulier, une dépression ou un trouble panique, car leur prise en charge aura vraisemblablement un effet bénéfique sur les symptômes digestifs qui ont amené le patient à consulter. Les symptômes doivent être validés (« ce n'est pas dans votre tête »), et il importe de tenter de vulgariser la physiopathologie du SCI afin d'aider les patients à mieux comprendre leur état.

Des conseils diététiques sont également de mise lors de la prise en charge initiale du patient souffrant du SCI. De fait, plusieurs patients attribuent leurs symptômes à l'alimentation et s'attendent souvent à une solution d'ordre diététique. Certains ont déjà exclu de leur diète plusieurs aliments, avec un succès mitigé. Il y a fort peu d'informations scientifiques valables sur le lien entre la diète et le SCI. Les allergies alimentaires sont rares et affectent généralement d'autres systèmes et appareils que le tube digestif. Elles ne font pas partie intégrante du SCI. On recommande aux patients de suivre le Guide alimentaire canadien et de restreindre leur consommation de caféine, d'alcool,

Les patients âgés de plus de 50 ans ayant des symptômes d'apparition récente pouvant évoquer un syndrome du côlon irritable devraient subir une évaluation structurelle colique, par coloscopie longue ou lavement baryté à double contraste avec sigmoïdoscopie.

T A B L E A U III

Approche pharmacologique du syndrome du côlon irritable

Symptômes	Médicaments	Posologie
Diarrhée	Lopéramide	2 mg, 1 ou 2 comprimés <i>ad q.i.d.</i>
	Diphénoxylate	2,5 à 5 mg <i>ad q.i.d.</i>
	Cholestyramine	1 sachet (4 g) <i>ad t.i.d.</i>
Douleur abdominale	Dicyclomine	10 à 20 mg <i>ad t.i.d.</i>
	Pinavérium	50 à 100 mg <i>t.i.d.</i>
	Trimébutine	100 à 200 mg <i>t.i.d.</i>
	Amitriptyline	10 à 25 mg <i>hs</i>
	Doxépine	10 à 100 mg <i>hs</i>
Constipation	Psyllium	1 c. à thé <i>b.i.d.</i> (ajuster)
	Lait de magnésie	30 mL <i>prn</i>

de sorbitol (gomme à mâcher) et de fructose (fruits séchés, jus de pomme, miel, poires...). Ces substances ont des propriétés laxatives ; elles ne causent pas le SCI, mais peuvent l'exacerber. Quant aux matières grasses, elles ralentissent le transit à travers les voies digestives et provoquent une sécrétion biliaire ainsi que la libération d'hormones dont la cholécystokinine (CCK), qui est susceptible d'aggraver la douleur abdominale liée au SCI⁹. Cela justifie la recommandation d'une diète restreinte en lipides.

Les symptômes d'une intolérance au lactose peuvent ressembler à un SCI. Dans une étude, près de 25 % des patients ayant un diagnostic de SCI avaient une intolérance au lactose prouvée par un test d'haleine à l'hydrogène. Les symptômes dominants sont généralement le ballonnement, le malaise abdominal et les flatulences. Ces symptômes sont plus importants si l'aliment riche en lactose est ingéré seul. La prise concomitante d'aliments solides pourra permettre à une personne subjectivement ou objectivement intolérante au lactose de consommer l'équivalent de deux tasses de lait (25 g de lactose). L'essai d'une diète sans

produits laitiers pendant une à deux semaines peut s'avérer bénéfique pour certains patients, et parfois même modifier le diagnostic de SCI pour celui d'une intolérance au lactose.

Chez les patients ayant un SCI où la constipation prédomine, les fibres sont susceptibles d'accélérer le transit colique ou oro-anal. Une augmentation des apports en fibres s'associe généralement à une augmentation du poids des selles et à une diminution de leur consistance. En revanche, plusieurs patients se plaignent de ballonnement, surtout lorsque les fibres sont prises à fortes doses. Cela est attribuable à une augmentation des résidus et à la fermentation bactérienne et s'avère un facteur limitant, particulièrement en ce qui a trait à l'observance de la diète. L'augmentation graduelle des apports en fibres alimentaires ou la consommation de psyllium peut permettre d'éviter ou d'amoindrir les malaises abdominaux. Si l'on fait abstraction de cet inconvénient, les fibres, lorsqu'elles sont prises en quantité suffisante (20 à 30 g par jour) soulagent la constipation chez une majorité de patients. Il n'est pas prouvé qu'elles jouent

C'est chez les patients présentant des symptômes d'intensité moyenne entraînant ponctuellement une incapacité fonctionnelle qu'une intervention pharmacologique ciblée en fonction du symptôme dominant pourra être considérée. Il faut garder en mémoire qu'à ce jour, aucun agent pharmacologique ne peut prétendre guérir le SCI, bien qu'il existe des médicaments capables de soulager certains symptômes particuliers.

un rôle dans le traitement de la douleur et des diarrhées liées au SCI, ni qu'elles sont efficaces à long terme.

Une plus petite proportion de patients (environ 20 %) présenteront des symptômes d'intensité moyenne entraînant ponctuellement une incapacité fonctionnelle se traduisant généralement par l'absentéisme au travail. C'est chez ce groupe de patients qu'une intervention pharmacologique ciblée en fonction du symptôme dominant pourra être considérée (*tableau III*). Il faut garder en mémoire qu'à ce jour, aucun agent pharmacologique ne peut prétendre guérir le SCI, bien qu'il existe des médicaments capables de soulager certains symptômes particuliers. La complexité de la physiopathologie présumée du SCI rend hautement improbable qu'un seul médicament puisse soulager l'ensemble des symptômes. De plus, une caractéristique importante du SCI est sa forte tendance à être soulagé par un placebo, avec des taux de réponses variant entre 40 et 70 % dans plusieurs études cliniques. Cela témoigne de la grande variabilité de la maladie, et surtout, rend difficile de démontrer l'efficacité d'un agent pharmacologique donné dans des études contrôlées avec groupe témoin ou en double insu. Les attentes du patient et du médecin traitant doivent demeurer réalistes.

Les antidiarrhéiques

La diarrhée du SCI est associée à une accélération du transit dans le grêle et le côlon proximal. Le loperamide (Imodium®), un opioïde synthétique ne traversant pas la barrière hémato-encéphalique, ralentit le transit et augmente l'absorption d'eau et d'électrolytes dans le côlon ainsi que le tonus du sphincter anal au repos. Cela peut expliquer le soulagement de la diarrhée, mais aussi celui d'autres symptômes tels que la défécation impérieuse postprandiale et l'incontinence. Il est utilisé comme agent de première intention dans le traitement de la diarrhée. La posologie recommandée est de 2 à 4 mg jusqu'à quatre fois par jour. Bien que le médicament puisse être pris sur une base régulière (sans accoutumance), on suggère de le prendre au besoin, surtout dans les cas de défécation impérieuse postprandiale prévisible, et également en prophylaxie avant des occasions importantes qui pourraient être gâchées par une diarrhée impromptue.

Le loperamide est préférable au diphénoxylate (Lomotil®), car ce dernier a un effet anticholinergique susceptible d'entraîner certains effets secondaires comme une dysfonction vésicale, un glaucome et une tachycardie. La dose recommandée est de 2,5 à 5 mg jusqu'à quatre fois par jour.

La cholestyramine (Questran®) fait également partie de l'arsenal thérapeutique, surtout pour les patients cholécystectomisés. On la considère comme un agent de troisième intention à cause du problème d'observance qu'entraîne son goût désagréable. L'effet secondaire principal de cette classe de médicaments étant la constipation, il faut ajuster la posologie d'antidiarrhéique, peu importe l'agent utilisé, de façon à trouver la dose minimale efficace.

Les antispasmodiques

Des symptômes « phares » du SCI, la douleur est certainement l'un des plus difficiles à maîtriser. C'est donc aux patients dont le symptôme prédominant est la douleur que l'on prescrira des antispasmodiques. Selon une méta-analyse récente, ce type d'agent pharmacologique s'est avéré bénéfique dans la majorité des études répertoriées¹⁰. Il faut toutefois mentionner que parmi les cinq antispasmodiques étudiés de façon spécifique, seulement deux, le pinavérium (Dicetel®) et la trimébutine (Modulon®), sont commercialisés en Amérique du Nord. Ces deux médicaments sont pris davantage sur une base quotidienne, et ce, pour des périodes allant de une à douze semaines. Leur efficacité est variable et se manifeste surtout chez les femmes présentant un tableau clinique dominé par les douleurs abdominales et la diarrhée. Une seule étude, dont la valeur scientifique est contestable, appuie l'utilisation de la dicyclomine (Bentylol®), pourtant l'agent le plus prescrit dans la pratique courante. On recommande généralement une posologie de 10 à 20 mg à prendre au besoin deux ou trois fois par jour lors des crises aiguës de douleur, de distension ou de ballonnement. Les effets secondaires de type anticholinergique sont toutefois fréquents. Il y a peu de données sur l'hyoscyamine (Levsin®). Tout comme la dicyclomine, cet agent devrait être pris uniquement au besoin.

Il existe finalement un petit groupe de patients (10 %) qui présentent des symptômes graves, et surtout réfractaires. Leurs symptômes sont souvent constants, sans lien franc avec les symptômes digestifs. Ces patients ont la conviction d'être atteints d'une maladie grave et peuvent se faire insistants dans leurs demandes, notamment en ce qui a trait aux tests diagnostiques et aux analgésiques. Il faut éviter les narcotiques susceptibles d'exacerber certains symptômes, et surtout, d'engendrer une dépendance. C'est dans ce groupe de patients que l'on trouve une incidence plus élevée de diagnostics d'ordre psychiatrique. Ce type de patients demeure un défi, tant pour le médecin traitant que

pour le spécialiste. Ils peuvent parfois bénéficier d'un suivi effectué par une équipe multidisciplinaire (généraliste, gastro-entérologue, psychologue, psychiatre, diététiste, etc.), qui n'est toutefois offert que dans certains milieux surspécialisés. Sur le plan thérapeutique, certaines interventions pharmacologiques ou autres leur sont plus particulièrement réservées.

Les antidépresseurs

Il est maintenant bien reconnu que les antidépresseurs ont des propriétés neuromodulatrices et analgésiques. Celles-ci sont indépendantes de leurs effets psychotropes usuels et se manifestent plus rapidement à des doses moindres que celles utilisées dans le traitement de la dépression. Comme ils doivent être pris quotidiennement, ces médicaments sont prescrits aux patients ayant un SCI réfractaire. La diarrhée, et surtout les douleurs abdominales sont les symptômes les plus susceptibles d'être soulagés. Il faut généralement faire un essai thérapeutique de deux ou trois mois avant de conclure à une absence de bénéfices. La plupart des études ont été réalisées avec les tricycliques (amitriptyline, 10 à 25 mg par jour; doxépine, 10 à 100 mg par jour) et ont montré qu'ils apportaient un soulagement significatif des symptômes. On fait état d'une incidence d'effets secondaires (constipation, sédation et sécheresse de la bouche) de 30 %, ce qui restreint l'emploi de ces médicaments. Des études prospectives contrôlées avec randomisation sont actuellement en cours pour déterminer la place des inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS) dans le traitement du SCI.

La psychothérapie et l'hypnothérapie

Ces approches ont fait l'objet d'études structurées, et leur efficacité est variable, tout comme leur disponibilité. Certains patients semblent plus aptes à bien répondre à ce type d'approche, notamment ceux qui présentent des douleurs abdominales et de la diarrhée, ceux qui ont une prédominance de symptômes d'ordre psychiatrique et ceux qui ont des douleurs intermittentes et exacerbées par le stress¹¹. Malheureusement, ces méthodes ont une efficacité mitigée pour les patients souffrant de douleurs abdominales chroniques.

Les nouveaux traitements

De nouveaux agents ayant des propriétés analgésiques viscérales ont été découverts au cours des dernières années, amenant un vent d'optimisme. Les antagonistes des récep-

teurs de la sérotonine (5HT3 et 5HT4) comptent parmi les molécules toujours à l'étude. L'alosétron (Lotronex®), un antagoniste 5HT3 susceptible d'entraîner, entre autres, un ralentissement du transit du grêle et du côlon, a récemment fait l'objet d'études cliniques. Celles-ci ont été interrompues en raison d'effets secondaires importants, dont la colite ischémique. Ce médicament a depuis été retiré du marché. Le tégaserod, un agoniste 5HT4 possédant des propriétés procinétiques entérocoliques, est actuellement à l'étude; il semble prometteur pour les patients ayant un SCI où la constipation prédomine. Il appert qu'un effet bénéfique sur le ballonnement, symptôme tenace et réfractaire, pourra éventuellement être mis en évidence.

Pronostic

Le pronostic du SCI est variable et dépend de plusieurs facteurs. Une étude récente a montré qu'une rencontre initiale entre le médecin et le patient jugée positive, la courte durée des symptômes et le sexe masculin étaient des facteurs de bon pronostic¹². Les patients chez qui les symptômes seraient apparus à la suite d'une infection entérique auraient également une évolution favorable. On ne retrouve malheureusement pas dans la littérature d'études en bonne et due forme sur le pronostic du SCI en fonction du symptôme dominant (douleur, diarrhée ou constipation). Pour la majorité des patients, le SCI sera considéré comme une affection chronique à bon pronostic. Les symptômes, bien que fluctuant au fil des ans, pourront être contrôlés par le recours judicieux aux thérapies non pharmacologiques et pharmacologiques à notre disposition. ☘

Date de réception : 15 octobre 2001.

Date d'acceptation : 10 janvier 2002.

Mots clés : côlon irritable, traitement.

Bibliographie

1. Drossman DA. Review article: an integrated approach to the irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Therapy* 1999; 13 (Suppl 2) : 3-14.
2. Drossman DA, Sandler RD, McKee DC, et al. Psychosocial factors in the irritable bowel syndrome. A multivariate study of patients and non patients with irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 1988; 95 : 701-8.
3. Drossman DA, Leserman J, Nachman G, et al. Sexual and physical abuse in women with functional or organic gastrointestinal disorders. *Ann Intern Med* 1990; 113 : 828-33.
4. Drossman DA, Corazziari E, Talley NJ, Thompson WG, Whitehead WE. Rome II: a multinational consensus document on functional

S U M M A R Y

How to make the bowel less “irritable”. Irritable bowel syndrome (IBS) is one of the most common functional bowel disorders in clinical practice. It is considered a biopsychosocial disorder with a complex physiopathology implying mostly a sensory dysfunction. Clinical history using the Rome criteria is the cornerstone for determining the presence of IBS. Investigation can be minimized in the absence of any alarm symptom. Pharmacotherapeutic options are available and should be focused on a predominant troublesome symptom. Efficiency is variable.

Key words: Irritable bowel syndrome, treatment.

gastrointestinal disorders. *Gut* 1999; 45 (Suppl 11): 1-81.

5. Vanner SJ, Depew WT, Paterson WG. Predictive value of the Rome criteria for diagnosing the irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol* 1999; 94: 2912-7.
6. Neal KR, Hebden J, Spliier R. Prevalence of gastrointestinal symptoms six months after bacterial gastroenteritis and risk factors for development of the irritable bowel syndrome: postalsurvey of patients. *BMJ* 1997; 314: 779-82.
7. Winawer SJ, Stewart ED, Zauber AG, Bond JH, Ansel H, Wayne JD, et al, for the National Polyp Study Group. A comparison of colonoscopy and double contrast barium enema for surveillance after polypectomy. *N Engl J Med* 2000; 342: 207-8.
8. Drossman DA, Thompson WG. The irritable bowel syndrome: Review and a graduated multicomponent treatment approach. *Ann Intern Med* 1992; 116: 1009-16.
9. Cann PA, Read NW, Holdworth CD. What is the benefit of coarse wheat bran in patients with irritable bowel syndrome? *Gut* 1984; 25: 168-73.
10. Jailwala J, Imperiale TF, Kroenke K. Pharmacologic treatment of the irritable bowel syndrome: a systematic review of randomized, controlled trials. *Ann Intern Med* 2000; 133: 136-47.
11. Guthrie E, Creed F, Dawson D, Tomerson B. A controlled trial of psychological treatment for the irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 1991; 100: 450-7.
12. Janssen HA, Muris JW, Knotterus JA. The clinical course and prognostic determinants of the irritable bowel syndrome: a literature review. *Scand J Gastroenterol* 1998; 33: 561-7.
13. Patterson WG, et al. Recommendations for the management of irritable bowel syndrome in family practice. *CMAJ* 1999; 161: 154-60.
14. Camilleri M. Management of the irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 2001; 120: 652-68.