Syndrome du côlon irritable chez l'adulte

Programme d'apprentissage en petit groupe basé sur la pratique Vol. 27 (15), novembre 2019

INTRODUCTION

Le syndrome du côlon irritable (SCI) est une colopathie fonctionnelle chronique souvent observée en soins primaires. Le diagnostic du SCI peut être difficile à établir parce que les symptômes de cette maladie ne sont pas spécifiques et peuvent évoluer au fil du temps, qu'il faut envisager d'autres pathologies et qu'il n'existe pas de test de confirmation car le SCI n'est plus considéré comme un diagnostic d'exclusion. Son traitement est adapté aux symptômes prédominants du patient, et peut exiger l'essai de diverses options thérapeutiques. Les répercussions du SCI sur la qualité de vie des patients sont souvent sous-estimées, la gravité des symptômes pouvant osciller entre incommodants et invalidants. L'identification des symptômes, le diagnostic, le réconfort, l'information et le suivi sont essentiels à l'établissement d'un partenariat thérapeutique qui vise aussi à favoriser l'auto-prise en charge efficace des patients.

OBJECTIFS

Ce module permettra aux cliniciens :

- de mettre au point une approche de diagnostic du SCI incluant l'identification des signes d'alarme importants devant motiver d'autres examens ou une orientation chez un spécialiste en vue d'autres diagnostics gastro-intestinaux possibles;
- d'employer une approche axée sur des données probantes pour la prise en charge non pharmacologique et pharmacologique des symptômes du SCI;
- de repérer des stratégies visant à aider les patients dans l'auto-prise en charge de leurs symptômes, lesquelles comprennent notamment des ressources d'information fiables.

TABLE DES MATIÈRES

Renseignements généraux 4
Commentaires des histoires de cas 11
Collaborateurs et déclarations 15
Références bibliographiques 16
Annexes 19

HISTOIRES DE CAS

Cas numéro 1 : Janice, âgée de 49 ans

Janice vous consulte régulièrement depuis quelques années en raison de plusieurs problèmes médicaux. Elle a pris rendez-vous aujourd'hui à cause de crampes abdominales et de diarrhée. Elle déclare une diarrhée 3 à 4 jours par semaine (se traduisant par 3 à 6 selles molles par jour). Elle a récemment noté une aggravation des symptômes accompagnée de ballonnements et de gaz intenses. Ses selles sont précédées d'une impériosité et lui permettent de soulager sa gêne abdominale. Elle n'a pas présenté d'incontinence des matières fécales. Janice est très rarement constipée. Ses selles molles sont régulièrement accompagnées de mucus, mais jamais de sang. Elle n'a pas à se lever la nuit pour aller à la selle. Son appétit a un peu diminué, et elle pense avoir perdu un peu de poids. Elle ne signale ni nausée ni vomissement, mais se plaint d'une sensation d'épuisement.

Janice souffre beaucoup de ses symptômes intestinaux. Elle fait très attention à son alimentation et ne consomme plus d'aliments à base de produits laitiers ou de gluten, d'aliments acides ou épicés ou de boissons gazeuses. Elle boit deux cafés par jour. Janice n'a pas voyagé ni fait du camping récemment, mais elle et sa famille ont pris des vacances dans un centre de villégiature des Caraïbes il y a un an. Aucun membre de sa famille n'a signalé de symptômes similaires. Une amie lui a recommandé d'essayer l'essence de menthe poivrée en gélules pour ses symptômes (mais cela a aggravé ses brûlures d'estomac) et elle n'a rien essayé d'autre.

Ses antécédents médicaux comprennent une hystérectomie abdominale à cause d'une ménorragie, une fundoplicature à cause d'un reflux gastro-œsophagien pathologique (RGOP) résistant, une fibromyalgie et une arthrose inflammatoire. Elle prend de l'ésoméprazole et de la duloxétine. Elle ne prend aucun supplément. Elle ne fume pas et ne consomme pas d'alcool ou de drogues.
Janice est entraîneuse de chiens, elle est mariée et a deux filles adolescentes. Elle s'occupe de ses parents âgés et subit le stress des aidants. Elle n'a pas d'antécédents

familiaux d'intolérance au lactose, de maladie cœliaque, de maladie inflammatoire de l'intestin (MII) ou de cancer de l'ovaire, mais son père a reçu un diagnostic de cancer du côlon vers la fin de la soixantaine, dont le traitement a réussi.

Vous confirmez que Janice a effectivement perdu 3 kg depuis la dernière pesée il y a un an. Son IMC est de 26. Dans l'ensemble, elle semble bien, ne présente ni pâleur ni éruption cutanée. Son abdomen est mou et ne présente aucune sensibilité à la palpation ni masses; il présente un tympanisme augmenté avec bruits intestinaux actifs. Sa tension artérielle et sa fréquence cardiaque sont dans l'intervalle normal.

Quels examens et quels suivis recommanderiez-vous pour Janice?

En quoi votre approche serait-elle différente si Janice avait 30 ans et n'avait pas perdu de poids?

Deuxième partie – quelques semaines plus tard

À cause de son tableau clinique, Janice a été vue d'urgence et évaluée par un chirurgien général dans une clinique d'endoscopie.

Voici les résultats des examens transmis à cette visite à Janice :

- Hémogramme complet : taux légèrement inférieur d'hémoglobine, à 120 g/L; faible taux de ferritine à 10 ng/mL; volume globulaire moyen et concentration corpusculaire moyenne en hémoglobine dans l'intervalle faible-normal
- Résultats normaux au test de dépistage de la maladie cœliaque par les IgG anti-transglutaminase tissulaire
- Coloscopie (effectuée à cause de ses symptômes et de ses antécédents familiaux) : normale (mis à part les diverticules légers dispersés) et résultats négatifs à la biopsie
- Gastroscopie : révèle un polype (bénin à la biopsie) des glandes fundiques
- Taux de CRP (commandé par le spécialiste) : normal
- Échographie pelvienne : vessie et ovaires normaux; absence d'utérus confirmée

D'après les symptômes de Janice et les critères de ROME IV, un diagnostic de SCI-D est posé. Janice revient vous consulter pour discuter de son diagnostic et de sa prise en charge en cours. Malheureusement, elle souffre encore de symptômes persistants et de restrictions importantes dans ses capacités fonctionnelles, ce qui a aggravé ses symptômes dépressifs et anxieux. Elle affirme aujourd'hui qu'elle veut absolument se sentir mieux et vous confie : « Je suis tellement inquiète de ne pas arriver à temps aux toilettes, je ne peux pas continuer comme ça ».

Quelles sont vos prochaines étapes dans la prise en charge du SCI de Janice?

Cas numéro 2 : Khalid, âgé de 56 ans

Khalid est un patient de longue date qui vous consulte aujourd'hui car il souhaite passer une coloscopie. Ses examens de santé préventifs sont à jour : son résultat à la recherche de sang occulte dans les selles (RSOS) était normal il y a un an. Il s'agit du troisième test de dépistage de routine négatif effectué depuis qu'il a eu 50 ans. Il n'a pas d'antécédents familiaux de cancer intestinal, mais deux de ses amis ont récemment reçu un diagnostic de ce cancer, ce qui le tracasse.

Il est marié et a une fille adulte qui vit seule. Khalid est architecte et travaille dans un grand cabinet très affairé. Il prend des repas réguliers et son alimentation est variée, mais il a du mal à faire de l'activité physique. Il ne fume pas et ne consomme pas d'alcool ou de drogues. Il présente une hypercholestérolémie qu'il prend en charge par l'alimentation et il ne prend actuellement aucun médicament.

Khalid mentionne qu'il n'a remarqué aucun changement dans ses habitudes d'élimination. Cependant, il signale une constipation de longue date avec intermittence de ballonnements, de gaz et de douleurs abdominales régulières. Il va à la selle environ tous les 2 à 3 jours, il doit faire des efforts de poussées pour évacuer de grosses selles fermes. À deux occasions récentes, il a remarqué une petite quantité de sang rouge vif sur le papier hygiénique après un effort de poussées. Il n'a pas essayé de modifier son alimentation du tout, mis à part de consommer des produits laitiers moins gras et moins de viande rouge à cause de son cholestérol. Il n'a pas remarqué que certains aliments en particulier sont des déclencheurs ou liés à ses symptômes.

Il n'a jamais mentionné ses problèmes intestinaux à son professionnel de la santé ni essayé des stratégies de traitement précises. Même s'il n'a pas été facile de composer avec ses symptômes au travail (il est parfois pris de douleurs abdominales paralysantes lorsqu'il est à son bureau, ou doit passer beaucoup de temps aux toilettes à essayer d'évacuer), il s'y est simplement habitué avec les années. Cependant, il s'inquiète à présent que son état ait quelque chose à voir avec le cancer, surtout depuis qu'il a vu du sang en s'essuyant.

Qu'est-ce que vous incluriez d'autre dans votre évaluation clinique aujourd'hui?

Quels examens envisageriez-vous?

Si tous les examens sont normaux, quelle serait votre approche pour la prise en charge continue des symptômes de Khalid?

Cas numéro 3 : Jade, âgée de 26 ans

Jade se présente pour sa visite médicale périodique, un renouvellement de ses médicaments et un test de Pap. Elle mentionne qu'elle présente régulièrement une douleur abdominale, des ballonnements et des gaz. Elle a fait des lectures en ligne sur ses symptômes et se demande si elle est intolérante au lactose ou au gluten, et si elle devrait passer des tests de dépistage de ces intolérances.

Jade est atteinte d'un trouble généralisé d'anxiété et reconnaît que ses symptômes d'anxiété ont été plus difficiles à gérer dernièrement, malgré la prise de 150 mg de venlafaxine par jour. Elle prend un contraceptif oral combiné et ne prend aucun autre médicament ni supplément. Elle ne présente aucune autre affection médicale, et n'a pas subi d'autres chirurgies. Elle est en couple depuis deux ans et n'a pas d'enfant. Elle travaille comme assistante administrative dans un bureau.

Quels autres renseignements seraient utiles pendant l'évaluation clinique?

Deuxième partie

Les symptômes gastro-intestinaux de Jade sont présents sur une base intermittente depuis plusieurs années, et elle en souffre maintenant presque tous les jours. Elle décrit sa douleur abdominale comme une douleur généralisée à type de crampes, associée à des ballonnements et à une flatulence. Elle rapporte un certain degré de soulagement après être allée à la selle. Elle va à la selle entre 0 et 4 fois par jour; ses selles sont parfois molles et non formées, d'autres fois elles sont dures et difficiles à éliminer. Elle ne va pas à la selle pendant la nuit et n'a pas remarqué de sang dans ses selles, mais elle y voit parfois du mucus. Ses menstruations sont apparues la semaine dernière; elles sont régulières et elle n'a pas remarqué de lien avec ses symptômes abdominaux. Elle ne présente pas de symptômes urinaires ni gastro-intestinaux hauts. Elle se sent souvent fatiguée.

Jade prend des repas réguliers et son appétit est généralement bon, sauf lorsque la douleur est intense ou qu'elle se sent constipée. Elle ne sait pas s'il y a un lien entre le changement de ses habitudes intestinales et un aliment en particulier, mais elle a récemment essayé de réduire sa consommation de produits laitiers et de céréales. Elle envisage d'apporter d'autres changements à son alimentation pour voir si cela peut soulager ses symptômes; elle aimerait avoir des conseils sur la marche à suivre.

Jade boit de l'alcool en société, elle prend deux cafés et fume deux cigarettes par jour, et elle ne consomme aucune autre substance. Elle est très anxieuse au sujet de l'aggravation de ses symptômes. Elle vous explique que l'intensité de sa douleur abdominale varie et que lorsqu'elle est à son comble, elle doit s'absenter du travail ou le quitter plus tôt. Elle reconnaît que ses symptômes s'aggravent en période de stress, et elle se demande si les pressions liées aux mises à pied au travail ont pu contribuer à sa récente poussée.

Elle n'a pas d'antécédents familiaux connus de MII, de maladie cœliaque, d'intolérance au lactose, de cancer des ovaires ou de cancer gastro-intestinal. Son abdomen est mou et non douloureux à la palpation, elle ne présente aucune réaction de défense ni de masse. Son poids est stable à 62 kg, et son IMC est de 21.

Quels examens envisageriez-vous?

Si les résultats de ses examens sont normaux, êtes-vous à l'aise de diagnostiquer un SCI à ce stade?

Quelles recommandations d'auto-prise en charge pourriez-vous faire à Jade en attendant les résultats des examens?

Troisième partie – quelques mois plus tard

Jade indique qu'elle a pris du psyllium quotidiennement et que cela a eu un certain effet bénéfique sur la régularité et la facilité d'évacuation de ses selles. Elle n'a pas été constipée depuis sa dernière visite. Elle a fait un régime alimentaire d'essai de deux semaines sans lactose, ce qui n'a pas atténué sa douleur abdominale, ses ballonnements et sa diarrhée intermittente. Elle a également essayé l'essence de menthe poivrée, sans avantage notable quant à sa douleur.

Les analyses de laboratoire de dépistage de la maladie

cœliaque ne sont pas couvertes dans votre province; cependant, Jade a accepté de payer elle-même ce test; les résultats étaient normaux. Les résultats des autres analyses de sang étaient également normaux. Vous confirmez le diagnostic de SCI-M avec Jade et l'informez qu'aucun autre examen ni consultation n'est nécessaire. Cependant, Jade explique qu'elle continue toujours de souffrir de malaises abdominaux et de ballonnements malgré l'adoption de ces stratégies initiales, ce qui contribue à ses difficultés persistantes à se concentrer et à être productive au travail, et à établir des liens avec son partenaire ou avec ses amis lorsqu'elle sort.

Quelles autres stratégies pourriez-vous suggérer pour la prise en charge de Jade?

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

1. Le syndrome du côlon irritable (SCI) est l'un des troubles gastro-intestinaux (GI) les plus fréquents dans la population générale, sa prévalence étant estimée entre 2,4 % et 12 % au Canada[1,2]. Les taux déclarés peuvent varier en raison des différents critères diagnostiques utilisés (p. ex., critère de Manning, critères de Rome I à IV, etc.) et des méthodologies des études de recherche (études de population, etc.). Le syndrome du côlon irritable est plus fréquent chez les femmes et les jeunes[1,3]. Les répercussions de ce trouble sont importantes; environ 6 % des personnes qui ont reçu un diagnostic de SCI sont considérées comme étant définitivement incapables de travailler en raison de cette maladie[2].

2. Étant donné qu'il n'existe aucune cause anatomique connue des symptômes, le SCI est considéré comme une maladie non organique ou fonctionnelle. La physiopathologie du SCI est mal comprise; les causes proposées comprennent : altération de la motilité du tractus gastro-intestinal causant des spasmes du muscle lisse et des changements des habitudes intestinales; hypersensibilité viscérale et anomalies du traitement de la douleur centrale, entraînant une gêne abdominale; inflammation de faible grade (p. ex., après une gastro-entérite aiguë), ce qui augmente la perméabilité intestinale et altère la flore intestinale. Chez la plupart des personnes souffrant de SCI, il est probable qu'une association de certains de ces facteurs ou que tous ces facteurs contribuent à la perturbation des habitudes intestinales et à la douleur abdominale[4,5].

3. Le processus de diagnostic du SCI donne souvent lieu à des examens et à des consultations de spécialistes inutiles, ce qui peut entraîner des retards dans la prise en charge et l'augmentation des coûts pour l'individu et le système de santé, ainsi que des désagréments pour le patient[6].

4. Le syndrome du côlon irritable est caractérisé par une *douleur abdominale récurrente primaire et une perturbation des habitudes intestinales* (p. ex., diarrhée, constipation ou les deux)[1,7]. De nombreux patients subissent ces symptômes pendant longtemps avant d'être suffisamment incommodés pour consulter un médecin, et un grand nombre ne consultent pas de médecin et ne reçoivent aucun diagnostic médical[6,8]. Les facteurs pouvant inciter les patients à prendre rendez-vous comprennent : gravité des symptômes, nombre de symptômes, troubles psychologiques concomitants et préoccupations à l'idée que les symptômes puissent évoquer une maladie sous-jacente grave[6].

5. Les critères actuels de Rome IV facilitent un diagnostic d'inclusion du SCI (tableau 1)[7]. Les sous-types du syndrome du côlon irritable, déterminés selon la consistance des selles (p. ex., en utilisant l'échelle d'évaluation de la forme des selles de Bristol[9]), comprennent : prédominance de constipation (SCI-C); habitudes intestinales mixtes (SCI-M); prédominance de diarrhée (SCI-D) et type non classé (SCI-NC) pour les sujets qui répondent aux critères diagnostiques mais dont les habitudes intestinales ne peuvent être classées dans l'une de trois catégories précédentes[1,7].

6. D'après les critères diagnostiques de Rome IV, le SCI-C et la constipation idiopathique chronique (CIC) sont deux affections distinctes qu'il est possible de distinguer par la présence de douleur puisque la douleur n'est associée qu'au SCI-C[10]. Cependant, les symptômes de ces deux affections se chevauchent et la tendance des patients à alterner entre ces deux diagnostics les rend difficiles à distinguer. Il est probable que ces deux affections existent sur le spectre d'une même maladie, et que la présence d'une douleur abdominale indique une gravité accrue de la maladie plutôt que deux maladies distinctes[10,12].

7. Les symptômes du tractus gastro-intestinal bas souvent associés au SCI peuvent également être la conséquence d'une maladie organique sous-jacente plus grave. Il convient de tenir compte des facteurs spécifiques de chaque patient pour distinguer la majorité atteinte d'un SCI de la minorité atteinte d'une maladie organique.
   - Le risque d'une maladie organique est faible chez les jeunes patients (< 50 ans) dont les symptômes évoquent un SCI, sauf en présence d'une association de caractéristiques considérées comme anormales (p. ex., symptômes de SCI avec perte pondérale significative)[4].
   - L'annexe 1 décrit les symptômes d'alarme qui

Tableau 1. Syndrome du côlon irritable (SCI) : Critères de Rome IV et sous-types de SCI

Critères de Rome IV du SCI	Sous-type de SCI	Échelle de la forme des selles de Bristol
Douleur abdominale récurrente pendant un jour ou plus par semaine, au cours des trois derniers mois. Associée à au moins deux des situations suivantes : • Douleur liée à la défécation • Changement de la fréquence des selles • Changement de la forme/de l'apparence des selles **Remarque :** les critères ci-dessus ont été satisfaits pendant les trois derniers mois, mais les symptômes sont apparus six mois avant le diagnostic ou plus (pour distinguer une maladie chronique d'une maladie plus aiguë).	**SCI – Constipation** • Selles dures ou grumeleuses ≥ 25 % • Selles molles ou liquides < 25 % **SCI – Mixte** • Selles dures ou grumeleuses ≥ 25 % • Selles molles ou liquides > 25 % **SCI – Diarrhée** • Selles dures ou grumeleuses < 25 % • Selles molles ou liquides ≥ 25 %	 **Type 1** **Type 2** **Type 3** **Type 4** **Type 5** **Type 6** **Type 7**

D'après : 1) Lacy BE, Patel NK. Rome Criteria and a Diagnostic Approach to Irritable Bowel Syndrome. J Clin Med 2017;6:1-8; **2)** Cash BD. Understanding and Managing IBS and CIC in the Primary Care Setting. Gastroenterology & Hepatology 2018;14:3-15. **3)** Lacy BE, Mearin F, Chang L, et coll. Bowel Disorders. Gastroenterology 2016;150:1393-1407; **4)** Lewis SJ, Heaton KW. Stool form scale as a useful guide to intestinal transit time. Scandinavian J Gastroenterology 1997;32:920-4. Lignes directrices du National Institute for Health and Care Excellence (NICE) disponibles au https://www.nice.org.uk/guidance/cg99/resources/bristol-stool-chart-pdf-245459773

justifient des examens plus approfondis.
- L'annexe 2 présente un aperçu du diagnostic différentiel possible chez un cas de SCI.

ÉVALUATION

Anamnèse

8. La prise de l'anamnèse doit inclure des questions sur la présence et la durée des symptômes, et porter une attention particulière aux détails liés à la douleur abdominale (p. ex., type, siège, moment de la survenue, lien avec la défécation)[6]. Bien que les critères de Rome IV soient axés sur la douleur abdominale, il est important d'évaluer d'autres symptômes gastro-intestinaux afin d'élucider des indicateurs de la réussite du traitement axés sur le patient. Il convient de déterminer les habitudes et les changements concernant les aspects suivants : habitudes intestinales, forme des selles (en lien avec la douleur), ballonnement ou distension abdominale visible auto-déclarée, flatulence, évacuation de mucus ou de sang, et association entre les symptômes et les menstruations[4]. Il est par ailleurs important de s'enquérir des symptômes généraux tels que la perte de poids, l'anorexie, la fatigue, les sueurs nocturnes et d'autres symptômes d'alarme (annexe 1).

9. La nature et l'apparition des symptômes du SCI sont également des aspects importants. De nombreuses études ont permis de confirmer une forte association entre une infection entérique aiguë et un ensemble de symptômes subséquents du SCI appelé « SCI post-infectieux » et défini par les critères de Rome IV[11,12]. Après une gastro-entérite bactérienne ou virale aiguë, les symptômes à type de SCI persistent chez environ 1 personne sur 10[12].

10. La prévalence des symptômes gastro-intestinaux hauts est élevée chez les personnes atteintes de SCI (RGOP = 42 %, dyspepsie fonctionnelle = 12 à 15 %), mais la physiopathologie sous-jacente n'est pas bien comprise[13,14].

11. Il convient de s'enquérir des antécédents familiaux de maladie inflammatoire intestinale (MII), de cancers intestinaux, de cancers ovariens (associés à un risque deux fois plus élevé de cancer du tractus gastro-intestinal bas comparativement à l'absence de tels antécédents familiaux), de maladie cœliaque, de sensibilité au gluten et d'intolérance au lactose (annexe 1).

12. Il convient de passer en revue la pharmacothérapie du patient, car presque tous les médicaments (p. ex., anti-inflammatoires non stéroïdiens, antidépresseurs, opioïdes, antibiotiques, agents antidiabétiques) peuvent causer une douleur abdominale et modifier les habitudes intestinales[4]. L'utilisation d'inhibiteurs de la pompe à protons a été associée à l'apparition de colites microscopiques[15,16].

13. Les troubles psychiatriques tels que la dépression, l'anxiété et la somatisation sont souvent associés

au SCI (vaste intervalle déclaré : 54 à 90 %)[17-20]. Les antidépresseurs et les psychothérapies peuvent être bénéfiques dans les cas de troubles gastro-intestinaux fonctionnels comme le SCI, non seulement en raison de leurs effets sur le système nerveux central, mais également grâce à leurs effets périphériques sur la nociception, l'hypersensibilité viscérale et la motilité GI (Renseignements généraux, point 28)[17].

14. Il est important de comprendre l'expérience du sujet en rapport avec ses symptômes du SCI, notamment les facteurs précipitants, l'incidence des symptômes sur sa vie quotidienne et les objectifs du patient relativement au traitement[6,21]. Il convient d'interroger le patient sur ses habitudes alimentaires et d'autres facteurs liés au mode de vie ayant pu contribuer aux symptômes (p. ex., stresseurs incluant le milieu professionnel, les relations, les traumatismes, etc.)[6].

Examen physique

15. Un examen abdominal contribue parfois à déceler des anomalies qui évoqueraient un diagnostic différent du SCI. Si l'anamnèse ne révèle pas de signaux d'alarme, l'absence de signes physiques inquiétants peut être rassurante pour le professionnel de la santé et le patient[4]. Recherchez des indices d'une chirurgie antérieure et d'une distension[4]. En cas de signes d'occlusion, il convient d'effectuer une palpation à la recherche d'une sensibilité, d'une réaction de défense et de masses, et d'ausculter l'abdomen pour écouter les bruits intestinaux. Chez les sujets présentant un saignement rectal ou considérés comme à risque de cancer colorectal, il faut effectuer un examen du toucher rectal. Une anuscopie, si disponible, peut être effectuée en cabinet à la recherche d'hémorroïdes internes ou d'autres lésions muqueuses.

Examens

16. Les recommandations actuelles en matière d'analyses de laboratoire et de tests diagnostiques visant à faciliter le diagnostic du SCI varient, de même que le niveau de preuves sur lesquelles elles se fondent. Les recommandations canadiennes de 2019 sont résumées à l'annexe 1[11,22].

17. La maladie cœliaque et le SCI partagent souvent des symptômes en commun, et il semblerait que les patients atteints de SCI soient exposés à un risque accru de maladie cœliaque[1,23].
    a) Les lignes directrices canadiennes recommandent un test sérologique de dépistage de la maladie cœliaque (sérologie à la recherche d'anticorps dirigés contre la transglutaminase tissulaire – anti-tTG) chez les personnes présentant un SCI dont les symptômes sont à prédominance de diarrhée [preuves de faible niveau][1]. Il est également recommandé de n'effectuer un test de dépistage de la maladie cœliaque qu'une seule fois; si le résultat est négatif, il est déconseillé de refaire le test, et les patients n'ont pas à se limiter à une alimentation sans gluten[1].
    b) Dans certaines provinces, le test de dépistage de la maladie cœliaque n'est pas couvert et doit être payé par les patients, à moins qu'il soit commandé par le spécialiste d'un hôpital. Le coût actuel de ce test varie selon la province (p. ex., 30 $ en Alberta et 125 $ en Ontario).

18. Les tests de dépistage des allergies alimentaires et le test de l'hydrogène expiré après ingestion de lactose et de glucose ne sont pas recommandés dans l'évaluation de routine des patients atteints d'un SCI [preuves de très faible niveau][1].
    a) Bien que les patients atteints de SCI signalent des allergies/intolérances alimentaires plus souvent que la population générale, les données probantes semblent indiquer que les véritables allergies alimentaires sont relativement peu fréquentes chez ces patients; par ailleurs, nous disposons de données limitées à l'appui de l'efficacité des régimes dépourvus en aliments mis en cause par un test de dépistage d'allergies[1]. Cependant, il est très fréquent que les patients atteints du SCI aient l'impression d'avoir des intolérances, des sensibilités ou des « déclencheurs » alimentaires (Renseignements généraux, point 22), et jusqu'à 90 % d'entre eux renoncent à certains aliments dans l'espoir de prévenir ou de soulager leurs symptômes gastro-intestinaux[1,3,24].
    b) La malabsorption du lactose est fréquente chez les personnes atteintes de SCI, son taux étant d'environ 47 % (IC à 95 % : 41-53 %; avec le test de l'H_2 expiré après ingestion de lactose; notons l'hétérogénéité entre les études)[1]. La prévalence de la malabsorption du lactose ne semble toutefois pas significativement différente entre les personnes atteintes de SCI et celles ne présentant aucun symptôme gastro-intestinal[1]. Les études évaluant l'efficacité d'une alimentation dépourvue de lactose quant à l'atténuation des symptômes du SCI font état de résultats contradictoires[1].

19. Les patients atteints de SCI présentent un risque de cancer du côlon semblable à celui des personnes non atteintes de SCI. Les personnes de plus de 50 ans présentant (ou ne présentant pas) un SCI doivent passer des tests de dépistage par recherche de sang occulte dans les selles (RSOS) / test immunochimique fécal (TIF) ou par coloscopie, suivant les lignes directrices locales[1,25]. Tout changement des symptômes intestinaux doit faire l'objet d'examens selon le tableau clinique. La coloscopie n'est *pas*

nécessaire pour le diagnostic du SCI.

a) Chez les personnes de moins de 50 ans atteintes de SCI, le rôle de la coloscopie pour écarter un autre diagnostic ne fait pas l'unanimité, et le jugement clinique doit être exercé à la lumière des facteurs de risque et de l'évaluation clinique. Les recommandations actuelles ne préconisent pas le recours systématique à la coloscopie pour diagnostiquer un SCI présumé chez les personnes de moins de 50 ans présentant ou non des caractéristiques d'alarme [preuves de très faible niveau] (annexe 1)[1].

b) La coloscopie n'est pas recommandée si son seul but est de rassurer un patient. Des études rétrospectives indiquent que les patients de moins de 50 ans atteints de SCI ne seraient pas forcément rassurés par le résultat normal d'une coloscopie[1,26].

20. Chez les patients atteints de SCI, le recours systématique au dosage de la protéine C-réactive (CRP) et de la calprotectine fécale (FC) dans le but d'écarter des troubles inflammatoires (p. ex., MII) n'est actuellement pas recommandé [preuves de très faible niveau] sauf si le degré de suspicion d'une MII est élevé d'après l'évaluation clinique[1]. Le dosage de la CRP a une sensibilité insuffisante, mais une spécificité élevée, alors que le dosage de la FC est associé à une sensibilité élevée[27,28].

Notions statistiques de base

Un test très **sensible** permet d'écarter une maladie, car la plupart des résultats négatifs sont de vrais négatifs (« SnOUT »).

Un test très **spécifique** permet de confirmer la présence d'une maladie, car la plupart des résultats positifs sont réellement positifs (« SpIN »).

STRATÉGIES THÉRAPEUTIQUES ET TRAITEMENTS DU SCI (annexes 3, 4)

21. Les stratégies thérapeutiques appropriées varient selon le ou les symptômes prédominants du patient et le sous-type de SCI (annexe 3). Le profil et la gravité des symptômes GI, en plus de leur incidence sur le fonctionnement quotidien, sont des déterminants majeurs du choix du traitement. Les objectifs, les préférences et les traitements antérieurs des patients doivent également être pris en compte[6].

Modifications du mode de vie ou de l'alimentation et autres interventions thérapeutiques

22. Chez de nombreux patients, les modifications du mode de vie et de l'alimentation procurent un certain soulagement des symptômes du SCI sans nécessiter d'autres interventions. L'activité physique et une alimentation saine sont généralement essayées avant les stratégies de prise en charge pharmacologiques[6].

a) L'activité physique est recommandée pour le soulagement des symptômes généraux du SCI, mais peu d'études comparatives randomisées ont permis d'évaluer rigoureusement les avantages de l'activité physique chez les patients atteints de SCI [preuves de faible niveau][1,3,22].

b) La majorité des patients atteints de SCI associent l'apparition ou l'aggravation de leurs symptômes à la prise d'un repas.
Les déclencheurs alimentaires varient selon chaque personne, mais les plus fréquents comprennent[1] :
- glucides faisant l'objet d'une absorption incomplète (p. ex., produits laitiers, haricots secs/lentilles, pommes et farine);
- amines biogènes (p. ex., vin/bière, saucissons et fromages);
- aliments libérant de l'histamine (p. ex., produits laitiers, vin/bière et porc);
- aliments frits et gras.

23. Les traitements diététiques ont fait l'objet de nombreuses études au cours de la dernière décennie, mais la qualité des données est faible ou insuffisante pour étayer des recommandations fermes concernant le soulagement des symptômes des patients atteints du SCI[29].

a) Alimentation à faible teneur en oligosaccharides, disaccharides, monosaccharides et polyols fermentables (FODMAP) : la modification alimentaire la plus étudiée et recommandée est l'alimentation à faible teneur en FODMAP. FODMAP est l'acronyme anglais signifiant « oligosaccharides, disaccharides, monosaccharides et polyols fermentables »; il s'agit de glucides à courte chaîne qui parviennent au gros intestin où ils sont fermentés par les bactéries intestinales, ce qui entraîne la production de gaz. Les aliments courants contenant des FODMAP comprennent : pommes, haricots secs, produits laitiers et édulcorants artificiels.
- Les lignes directrices actuelles préconisent de proposer aux patients atteints de SCI une alimentation à faible teneur en FODMAP à court terme afin d'atténuer les symptômes du SCI, mais les conclusions de revues systématiques sur le sujet sont discordantes[1,29-32].
- Cette alimentation semble être le plus bénéfique chez les patients atteints de SCI-D[6,30].
- Les conseils d'un diététicien peuvent être nécessaires pour assurer le succès de la démarche et éviter une carence en nutriments [preuves de très faible niveau][1,3,22].

Pour obtenir plus de renseignements sur l'alimentation à faible teneur en FODMAP, consulter le site https://badgut.org/centre-information/sante-et-nutrition/regime-appauvri-en-fodmap-2/?lang=fr/ et le Feuillet d'information destiné aux patients (dernière page du module).

b) Régimes d'élimination : la recommandation actuelle est de *ne pas suggérer* une alimentation excluant entièrement le gluten (ou d'autres nutriments) pour atténuer les symptômes du SCI en raison des avantages non prouvés de cette stratégie, de son coût, de son fardeau sur le mode de vie et du risque d'un apport insuffisant en nutriments que ce choix entraîne pour les patients [preuves de très faible niveau][1,3].

24. Une revue systématique et une méta-analyse ont fait état d'un effet statistiquement significatif en faveur d'un supplément de fibres solubles comparativement à un placebo ou à l'absence de traitement chez les patients atteints de SCI (bien que la majorité des essais n'ait pas différencié les sous-types de SCI, et même si peu études ont utilisé les critères de Rome) [preuves de niveau modéré][22,33,34]. Les recommandations actuelles des lignes directrices pour les patients atteints de SCI sont les suivantes[1,3,22] :
    a) Consommer plus de fibres solubles : Il a été montré qu'un supplément de psyllium améliore les symptômes de la constipation et de la diarrhée (NNT = 7; IC à 95 % : 4–25) [preuves de niveau modéré][1,3,35]. Les aliments riches en fibres solubles comprennent l'avoine, l'orge, les graines de lin et les oranges.
    b) Limiter la consommation de fibres insolubles : Il n'a pas été montré que la consommation de fibres insolubles (p. ex., son de blé) améliorait les symptômes du SCI; étant donné qu'elle risque d'exacerber la douleur et les ballonnements, elle n'est pas recommandée [preuves de faible niveau][1,3]. Il faudrait également envisager de limiter la consommation d'autres fibres insolubles telles que les céréales entières, certains légumes (brocoli et chou) et les fruits avec peau (pommes et raisins)[1].

25. Dans l'ensemble, les probiotiques (dont la plupart contiennent les espèces Lactobacillus) se sont avérés efficaces et sont recommandés pour l'atténuation des symptômes du SCI malgré les données insuffisantes sur l'efficacité d'une espèce bactérienne en particulier [preuves de faible niveau][1,3,36]. En raison de facteurs liés au coût, les lignes directrices canadiennes recommandent un essai thérapeutique d'une durée limitée (un mois) visant à surveiller les effets bénéfiques, et l'utilisation de produits approuvés par la Direction des produits de santé naturels et sans ordonnance (DPSNSO)[1].

Pharmacothérapies

26. Chez les patients qui ne répondent pas à l'essai de modifications du mode de vie et d'un traitement d'appoint, une pharmacothérapie peut être envisagée et cibler le ou les principaux symptômes du patient, par exemple, des habitudes intestinales anormales, une douleur abdominale ou des ballonnements. Une meilleure compréhension de la physiopathologie du SCI et des méthodes de traitement des symptômes multiples a permis l'élaboration de nouvelles stratégies de traitement du SCI au courant de la dernière décennie[6].

Antispasmodiques

27. Étant donné que les antispasmodiques (essence de menthe poivrée, hyoscine/Buscopan, pinavérium/Dicetel) sont dotés de propriétés anticholinergiques ou inhibitrices des canaux calciques qui contribuent à détendre les muscles lisses de l'intestin, les lignes directrices recommandent actuellement ces agents pour améliorer les symptômes généraux du SCI (et plus précisément la douleur) à court terme chez les personnes susceptibles de ne pas répondre aux stratégies initiales visant à modifier le mode de vie [preuves de très faible niveau][1,3,22] (annexes 3, 4).
    a) Une revue de 2019 a montré que les antispasmodiques ont soulagé les symptômes généraux et/ou la douleur abdominale d'environ 60 % des patients atteints de SCI, comparativement à 30-50 % des patients sous placebo (NNT = 3 à 8); les effets indésirables sont apparus chez 1 patient sur 20 parmi ceux ayant pris des antispasmodiques sur ordonnance, comparativement à 1 sur 11 chez ceux ayant pris de l'essence de menthe poivrée[37].
    b) L'essence de menthe poivrée est considérée comme une option sûre et généralement à faible coût [preuves de niveau faible à modéré][1,3,38]. Le risque de brûlures d'estomac et de nausées est signalé avec l'essence de menthe poivrée, mais il est possible de le diminuer avec la prise de préparations entérosolubles[39].

Antidépresseurs

28. Il a été rapporté que les antidépresseurs sont significativement plus efficaces qu'un placebo dans le traitement des symptômes généraux du SCI (NNT = 4; IC à 95 % : 3-6) [preuves de niveau modéré à élevé][1,17]. Les lignes directrices recommandent de proposer aux patients atteints de SCI des antidépresseurs s'ils présentent les symptômes généraux du SCI et des douleurs abdominales (annexes 3, 4)[1,3,22]. La sélection de l'antidépresseur exige toutefois la prise en considération de certains points. Il a été rapporté que les antidépresseurs tricycliques (ATC) prolongent

la durée du transit intestinal (la constipation est un effet indésirable fréquent); il se peut que les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS) diminuent la durée du transit; par conséquent, les ATC peuvent être plus efficaces dans le traitement du SCI-D, et les ISRS dans celui du SCI-C (annexes 3, 4)[17].

Recommandations additionnelles pour le SCI-D

29. L'éluxadoline (Viberzi) est un modulateur synthétique des récepteurs opioïdes approuvé par Santé Canada et offert pour le traitement du SCI depuis 2017. Les essais cliniques limités font état d'une réponse légère au traitement des symptômes du SCI après 26 semaines (NNT = 12,5; IC à 95 % : 8-33) [preuves de niveau modéré][1,40]. Ses effets indésirables comprennent la constipation, les nausées et les vomissements; les effets secondaires graves incluant la pancréatite et les spasmes du sphincter d'Oddi ont été signalés (< 1 % des patients). L'éluxadoline est contre-indiquée chez les patients présentant une obstruction des voies biliaires, une cholécystectomie, de l'alcoolisme, une insuffisance hépatique et une constipation chronique ou grave; sa dose doit être ajustée lorsque certains médicaments sont pris en concomitance[1,40]. Il faudrait envisager d'orienter le patient chez un spécialiste avant de recommander ce médicament compte tenu de son coût et de son profil d'effets secondaires.

30. Bien que le lopéramide (Imodium) atténue significativement les symptômes de la diarrhée, son utilisation *n'est pas recommandée* sur une base continue en raison de l'absence de données prouvant l'amélioration constante des symptômes généraux du SCI ou de la douleur abdominale [preuves de très faible niveau][1,3]. Ses effets secondaires fréquemment signalés pourraient en fait exacerber les symptômes (douleur abdominale, ballonnement, nausées, vomissements et constipation). Toutefois, bien que l'usage intermittent du lopéramide n'ait pas été bien étudié, son utilisation prophylactique avant certains événements importants (p. ex., situations sociales, voyage, situation stressante) peut être une stratégie utile sur une base épisodique chez les personnes souffrant des symptômes de la diarrhée[1].

31. Les lignes directrices canadiennes et les données probantes n'appuient pas actuellement l'utilisation *systématique* des agents suivants pour le traitement du SCI (annexe 3) [preuves de très faible niveau][1] :
    - La cholestyramine, chez des patients non sélectionnés atteints de SCI-D, car il a été montré qu'elle n'est bénéfique que chez un faible pourcentage de patients présentant aussi une malabsorption avérée des acides biliaires [preuves de très faible niveau].
    - L'antibiothérapie par la rifaximine pour une prolifération bactérienne présumée dans l'intestin grêle chez les patients atteints de SCI-D, en raison du coût, de l'expérience canadienne limitée en ce qui a trait à cette indication non approuvée, et du risque d'émergence d'une résistance bactérienne.
    - L'association diphénoxylate-atropine (Lomotil), en raison de l'absence de données sur le SCI et du risque d'effets secondaires.

Recommandations additionnelles pour le SCI-C

32. Il se peut que les agents prosécrétoires atténuent les symptômes des patients atteints de SCI-C[1,3].
    a) Certaines études indiquent que le linaclotide (Constella) pourrait procurer un soulagement de la douleur abdominale, des ballonnements et des symptômes intestinaux (NNT = 6; IC à 95 % : 5-8) [preuves de niveau élevé][1], mais le biais des publications soulève des préoccupations[41]. Le principal effet secondaire de cet agent est la diarrhée (10-20 %; RIP = 7), mais la plupart des effets indésirables sont d'intensité légère à modérée, et le taux d'effets indésirables graves est faible[1]. Les lignes directrices actuelles recommandent l'essai du linaclotide malgré son prix élevé et le fait que sa non-couverture soit un obstacle pour certains patients (annexes 3 et 4)[1,3,22]. Il a été estimé que les patients prenant le linaclotide présenteront environ trois selles additionnelles par semaine (coût approximatif = 15 $ par selle additionnelle)[41].
    b) Il a été montré que la lubiprostone (Amitiza) entraînait des améliorations significatives des symptômes généraux chez les personnes atteintes de SCI-C, procurant un soulagement significatif de la douleur abdominale à court terme (NNT = 12; IC à 95 % : 8-25) [preuves de niveau modéré] et des taux accrus d'effets indésirables aux doses élevées (diarrhée et nausée)[1]. Bien qu'elle ait été approuvée par Santé Canada en 2015, la lubiprostone n'est actuellement pas vendue au Canada.

33. L'utilisation routinière des laxatifs osmotiques (p. ex., polyéthylèneglycol) et du prucalopride (Resotran), un agent favorisant la motilité, n'est *pas recommandée* pour l'amélioration des symptômes généraux du SCI en raison de l'absence de données prouvant l'avantage de ce traitement chez les patients atteints d'un SCI-C[1,3]. Cependant, certaines données montrent que ces agents améliorent le nombre de selles chez les personnes souffrant de constipation idiopathique chronique, dont les symptômes sont communs à ceux du SCI-C; ces agents pourraient donc avoir leur place dans la prise en charge des symptômes de certains patients (Renseignements généraux, point 6) [preuves de très faible niveau][1,42-44].

Recommandations additionnelles pour le SCI-M

34. Les patients atteints d'un SCI-M présentent des symptômes du SCI-D et du SCI-C et nécessitent une stratégie de prise en charge adaptable[6]. Il est important d'adopter une approche thérapeutique ciblant le ou les symptômes les plus gênants selon les recommandations visant le SCI-D et le SCI-C, et de la réévaluer selon la réponse au traitement au fil du temps. Il importe aussi d'évaluer l'utilisation intermittente de laxatifs et d'antidiarrhéiques chez les patients atteints d'autres formes du SCI car ces agents peuvent produire des effets secondaires se traduisant par un tableau clinique qui ressemble à celui du SCI-M[6].

Psychothérapies

35. Bien que les psychothérapies comme la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) n'aient pas fait l'objet d'études approfondies, certaines preuves indiquent que ces méthodes permettent de soulager la douleur et les symptômes généraux du SCI [preuves de très faible niveau]; la TCC est la plus largement étudiée d'entre elles et son efficacité à court et à long terme a été démontrée (NNT = 3 pour la TCC)[1,6,45]. Cependant, tous les patients n'ont pas nécessairement accès à un thérapeute compétent dans l'application de la thérapie aux problèmes GI, sans parler des obstacles financiers[3].

L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE DES PATIENTS ATTEINTS DE SCI

36. Comme avec les autres maladies chroniques, une alliance thérapeutique entre le patient et le médecin est un aspect important de la prise en charge du SCI[46]. La clé d'une prise en charge efficace à long terme du SCI est de prendre au sérieux les symptômes, de rassurer les patients quant au diagnostic du SCI, de leur proposer de l'information et un plan de traitement, et de leur proposer des intervalles de réévaluation. Il est utile de connaître le point de vue du patient sur son état et de comprendre ses objectifs de traitement pour favoriser l'auto-prise en charge des symptômes (encadré 1). À défaut de le faire, le patient risque d'être insatisfait des soins, de ne pas observer les traitements prescrits et de recourir indûment aux ressources médicales[6,46]. La continuité des soins est essentielle pour la surveillance des symptômes et des répercussions sur la qualité de vie[6].

37. L'information destinée aux patients peut contribuer à rassurer les personnes atteintes du SCI et les aider à adopter des stratégies d'auto-prise en charge et à atténuer les craintes et l'anxiété liées aux symptômes[6,47]. Les « causes » et les « remèdes » proclamés du SCI ne manquent pas, et les patients peuvent se sentir dépassés. Proposez des ressources dignes de foi pour aider à tirer au clair les données probantes sur lesquelles reposent les diverses stratégies de traitement recommandées (encadré 2 et Feuillet d'information destiné aux patients à la dernière page du module).

Encadré 1. Conseils en vue d'une discussion visant à obtenir et à faire valoir le point de vue du patient atteint du SCI[46]

- « Le SCI est une vraie maladie gastro-intestinale chronique (ça ne se passe pas "dans votre tête") qui peut avoir des répercussions importantes sur votre mode de vie. Ses symptômes peuvent fluctuer. Il n'y a pas de traitement simple et unique du SCI. »
- « Le SCI ne cause pas de cancer, d'inflammation ou d'autres problèmes de santé plus graves. Il ne raccourcit pas votre espérance de vie. »
- « Quelle incidence ces symptômes ont-ils sur votre vie? »
- « Je réalise combien il vous a été difficile de faire face à ces symptômes. Qu'est-ce qui les déclenche, selon vous? »
- « Qu'est-ce qui vous inquiète au sujet du SCI? »
- « Que pensent votre famille et vos amis de votre problème? »
- « Lequel des traitements dont nous avons parlé êtes-vous le plus enclin à essayer? »
- « Il y a beaucoup de solutions pour vous aider à prendre en charge les symptômes du SCI. Il est possible que vous ne présentiez aucun symptôme durant certaines périodes, mais en règle générale il est impossible de les faire disparaître complètement. »

Encadré 2. Vidéos sur le SCI à l'intention des patients

1) Le site Web « badgut » créé par la Société canadienne de recherche intestinale comprend deux vidéos (de 5 min chacune) offrant un bon aperçu sur le SCI (1re partie) et les options thérapeutiques (2e partie) https://badgut.org/centre-information/sujets-de-a-a-z/syndrome-de-lintestin-irritable/?lang=fr
2) La Fondation canadienne pour la santé digestive. Faites défiler vers le bas jusqu'à l'animation Vivre positivement avec le SCI (3 min) https://cdhf.ca/fr/digestive-disorders/syndrome-du-colon-irritable-sci/

POINTS CLÉS

- Le SCI peut être diagnostiqué au moyen des critères de Rome IV validés; il ne s'agit pas d'un diagnostic d'exclusion.
- Il faut ensuite déterminer le sous-type de SCI (diarrhée, constipation ou mixte) et les principaux symptômes préoccupants (p. ex., douleur), car ces précisions permettront d'orienter les options de prise en charge.
- Une prise en charge efficace du SCI suppose la capacité d'expliquer le SCI en des termes que le patient peut comprendre, de rendre possible une auto-prise en charge continuelle et d'établir un partenariat thérapeutique.

COMMENTAIRES DES HISTOIRES DE CAS

Cas numéro 1 : Janice, âgée de 49 ans

Quels examens et quels suivis recommanderiez-vous pour Janice?

En raison de l'âge, des symptômes et des comorbidités de Janice, vous commanderiez des analyses de laboratoire incluant un hémogramme complet et le taux de ferritine. Il conviendrait également de discuter des tests sérologiques de dépistage de la maladie cœliaque, notamment si ces tests sont remboursés ou si Janice souhaite les payer de sa poche (Renseignements généraux, points 16-17; annexes 1, 2).

Il conviendrait d'orienter Janice en gastro-entérologie ou en chirurgie générale pour qu'elle passe une coloscopie visant à évaluer toute pathologie organique compte tenu de sa perte pondérale, des changements de ses habitudes intestinales et de ses antécédents familiaux de cancer colorectal (Renseignements généraux, point 11; annexe 1). Une RSOS pourrait être effectuée, car un résultat positif indiquant un saignement rectal occulte pourrait contribuer à accélérer son orientation chez un spécialiste pour passer d'autres examens. Il faudrait envisager un prélèvement de selles pour effectuer des analyses de culture et sensibilité et un examen parasitologique étant donné que Janice a voyagé à l'étranger il y a un an, afin d'écarter les causes infectieuses (Renseignements généraux, point 9).

Il conviendrait d'envisager une échographie pelvienne pour le dépistage du cancer des ovaires compte tenu de ses ballonnements et de ses symptômes urinaires, de son âge et de sa perte pondérale, même en l'absence d'antécédent familial de cancer ovarien.

Il faudrait passer en revue ses médicaments actuels et déterminer si certains d'entre eux peuvent contribuer à ses symptômes gastro-intestinaux. Plus précisément, ses IPP peuvent causer une colite ou une diarrhée (Renseignements généraux, point 12).

Il faudrait demander à Janice de revenir consulter dans quelques semaines pour un suivi des résultats de ses examens et pour la prise en charge de ses symptômes (annexe 3).

En quoi votre approche serait-elle différente si Janice avait 30 ans et n'avait pas perdu de poids?

Les données probantes actuelles ne permettent pas de déterminer s'il faudrait conseiller une coloscopie systématiquement dans le cadre des examens du SCI chez les personnes de moins de 50 ans, présentant ou non des symptômes d'alarme. Pour une patiente dans ce groupe d'âge, il est moins probable que la pathologie soit plus grave; le clinicien doit exercer son propre jugement en ce qui concerne les diagnostics les plus probables ainsi que les risques et les avantages potentiels de la coloscopie (Renseignements généraux, point 19).

Deuxième partie – quelques semaines plus tard

Quelles sont vos prochaines étapes dans la prise en charge du SCI de Janice?

Il faudrait expliquer le diagnostic de SCI-D à Janice et la rassurer quant au fait que les résultats des examens ne révèlent pas de troubles plus graves (Renseignements généraux, point 5; tableau 1; encadré 1). Bien que ses symptômes continuent d'être difficiles à supporter, il conviendrait de lui rappeler qu'il existe d'autres stratégies pour l'aider à prendre en charge la douleur et la diarrhée. Vous pourriez proposer à Janice des ressources fiables en matière de SCI, y compris des options de soutien pour l'aider à composer avec cette maladie chronique (Renseignements généraux, points 36-37). Vous pourriez envisager de demander à Janice de visionner les vidéos énumérées dans l'encadré 2 et le Feuillet d'information destiné aux patients (dernière page du module). Il conviendrait de discuter avec elle d'un plan thérapeutique.

Pour mieux orienter la suite du traitement, vous pourriez déterminer le ou les principaux symptômes qui préoccupent Janice (diarrhée, douleur) et discuter de ses attentes à l'égard du traitement. Vous pourriez envisager d'aborder les approches suivantes au cours des prochaines visites (annexes 3, 4) :

- Essai du psyllium à 3,4 grammes par jour, et essai de probiotiques (Renseignements généraux, points 24-25).
- Apport alimentaire : Il conviendrait de passer en revue son régime alimentaire actuel et de discuter de la possibilité d'adopter une alimentation à faible teneur en FODMAP durant les prochaines semaines; vous pourriez lui expliquer qu'il n'est pas nécessaire d'éviter complètement le gluten, mais qu'elle peut décider si elle veut le réintroduire ou non dans son alimentation. Vous pourriez l'orienter vers un diététiste (si possible) compte tenu des importantes restrictions

alimentaires, de l'anxiété liée à l'alimentation et de l'information nécessaire à l'adoption d'un régime à faible teneur en FODMAP (Renseignements généraux, point 23).
- Il faudrait instaurer la prise d'un supplément de fer pour corriger son anémie ferriprive en tenant compte des effets possibles sur ses symptômes gastro-intestinaux (utiliser des préparations non orales, selon le cas).
- Il faudrait envisager des gélules de menthe poivrée entérosolubles (pour éviter d'aggraver son RGOP) ou un antispasmodique sur ordonnance pour sa douleur abdominale, par exemple, l'hyoscine ou le pinavérium, en tenant compte de leurs profils d'effets secondaires (Renseignements généraux, point 27).
- Vous pourriez proposer à Janice de prendre du lopéramide au besoin comme médicament de secours à l'occasion de sorties et d'événements importants, en lui faisant savoir qu'il est destiné au soulagement temporaire de la diarrhée et qu'il doit être utilisé épisodiquement seulement (Renseignements généraux, point 30).
- Il serait utile de discuter des stratégies de gestion du stress, de l'activité physique régulière et d'activités de détente, et de tenir compte de l'impact que le stress peut avoir sur les symptômes du SCI (Renseignements généraux, points 14, 22).
- Vous pourriez réévaluer les symptômes de dépression et d'anxiété de Janice, y compris son traitement actuel par la duloxétine. Il faudrait envisager d'ajouter un ATC tel que l'amitriptyline à 10-25 mg au coucher en raison de son profil d'efficacité démontré contre le SCI-D (Renseignements généraux, points 13, 28).
- Vous pourriez essayer de convaincre Janice de suivre une psychothérapie (p. ex., TCC) si elle le souhaite, si c'est possible et si elle en a les moyens (Renseignements généraux, point 35).

Vous pourriez demander à Janice de revenir vous consulter à des intervalles réguliers pour la réévaluation de son état mental et de la réponse de ses symptômes à ces stratégies de prise en charge additionnelles (Renseignements généraux, point 36; annexe 3). Si les symptômes restent réfractaires au fil du temps, il faudrait envisager d'autres options pharmacologiques telles que l'éluxadoline (Renseignements généraux, points 26, 29) et la consultation chez un gastroentérologue.

Cas numéro 2 : Khalid, âgé de 56 ans

Qu'est-ce que vous incluriez d'autre dans votre évaluation clinique aujourd'hui?

Il conviendrait de demander à Khalid si, en plus du sang qu'il a remarqué, il a aussi présenté d'autres symptômes d'alarme comme l'anorexie, la perte pondérale, les sueurs nocturnes, les selles nocturnes ou la fatigue. Il faudrait également obtenir d'autres précisions sur le sang qu'il a remarqué dans les selles (douleur au moment de l'apparition, quantité, couleur, sang mélangé dans les selles ou sang enrobant les selles, méléna) et sur tout symptôme urinaire ou gastro-intestinal haut qu'il pourrait présenter (Renseignements généraux, point 7; annexe 1).

Il faudrait poser d'autres questions pour mieux cerner sa douleur abdominale et son ballonnement, la consistance/forme de ses selles et pour savoir s'il a ressenti un soulagement de ces symptômes après être allé à la selle (Renseignements généraux, point 8; tableau 1; annexe 1).

Il conviendrait d'obtenir plus de renseignements au sujet de l'alimentation de Khalid, notamment sa consommation de fibres et de liquides, et ses habitudes actuelles en matière d'activités physiques. Vous pourriez passer en revue tout médicament en vente libre qu'il prend, et tout médicament déjà essayé pour soulager ses symptômes de constipation (Renseignements généraux, points 12, 22; annexe 1).

Il faudrait effectuer un examen abdominal et une palpation à la recherche de masses et d'une sensibilité. Il faudrait effectuer un examen rectal à la recherche d'hémorroïdes, de fissures, de selles dures ou d'autres masses rectales, et envisager une anuscopie (si disponible) pour déceler la présence d'hémorroïdes internes ou de lésions muqueuses (Renseignements généraux, point 15).

Quels examens envisageriez-vous?

Les analyses de sang et les options de tests comprennent (annexe 1) :
- Un hémogramme complet, dosage de la ferritine et de la TSH (compte tenu des saignements rectaux et de la présence d'une constipation de longue date).
- Une coloscopie, compte tenu de son âge, de ses préoccupations sur le cancer intestinal et de son épisode récent de saignement (Renseignements généraux, point 19, annexe 1).

Un test de dépistage de la maladie cœliaque (anti-tTG) ne serait probablement pas utile étant donné que ses symptômes sont à prédominance de constipation (Renseignements généraux, point 17).

Remarque : Si Khalid n'a pas présenté de saignement rectal et en l'absence de caractéristiques préoccupantes d'après l'évaluation clinique ou les analyses de laboratoire initiales, un diagnostic de SCI-C pourrait être posé sans coloscopie. Khalid devrait continuer ses tests de dépistage régulier par TIF/RSOS étant donné son âge et son faible risque de cancer de l'intestin (Renseignements généraux, point 19).

Si tous les examens sont normaux, quelle serait votre approche pour la prise en charge continue des symptômes de Khalid?

Sur la base des renseignements recueillis et des critères de ROME IV, vous pourriez établir un diagnostic de SCI-C et l'expliquer à Khalid en lui fournissant les ressources nécessaires pour l'aider à comprendre son état (Renseignements généraux, points 5-6, 37; tableau 1; Feuillet d'information destiné aux patients). Il conviendrait de le rassurer en lui expliquant que même s'il n'a pas un cancer colorectal, il serait important d'effectuer régulièrement des tests de dépistage conformément aux lignes directrices actuelles (Renseignements généraux, point 19).

Recommandations actuelles pour la prise en charge du SCI-C (annexes 3, 4) :

- Instaurer la prise quotidienne de psyllium et augmenter l'apport alimentaire en fibres solubles (Renseignements généraux, point 24).
- Passer en revue les mesures liées au mode de vie telles que l'activité physique et la gestion du stress (Renseignements généraux, point 22).
- Effectuer un test de dépistage de l'anxiété et de la dépression compte tenu de leur association avec le SCI (GAD-7/9; PHQ-9) (Renseignements généraux, point 13; annexe 1).
- Étant donné que le principal symptôme de Khalid est la douleur abdominale, vous pourriez lui recommander d'essayer de l'essence de menthe poivrée entérosoluble ou un autre antispasmodique (Renseignements généraux, point 27).
- Vous pourriez lui proposer de prendre des laxatifs osmotiques par intermittence, mais il faudrait lui expliquer le manque de données prouvant clairement leur avantage pour les symptômes généraux du SCI-C (Renseignements généraux, point 33).

Il faudrait demander à Khalid de revenir dans quelques mois pour passer en revue ses symptômes et sa stratégie de prise en charge en cours (Renseignements généraux, point 36). Si sa constipation, sa douleur abdominale et ses ballonnements persistent, il faudrait envisager d'ajouter un médicament comme le linaclotide ou un ISRS, même en l'absence d'un diagnostic de santé mentale (Renseignements généraux, points 28, 32; annexes 3, 4). Si ses symptômes persistent jusqu'à un degré préoccupant, il faudrait envisager de l'orienter chez un spécialiste.

Cas numéro 3 : Jade, âgée de 26 ans

Quels autres renseignements seraient utiles pendant l'évaluation clinique?

Il faudrait demander à Jade des renseignements précis sur ses habitudes intestinales, la consistance de ses selles et l'apparition de ses symptômes (Renseignements généraux, points 8-9; annexe 1). Il faudrait tenir compte de la présence de tout signe d'alarme. A-t-elle présenté des changements au niveau de l'appétit, du poids, du niveau d'énergie? Des saignements rectaux? Présente-t-elle des symptômes nocturnes tels que le fait de se réveiller pour aller à la selle, de la fièvre ou des sueurs nocturnes (Renseignements généraux, point 7; annexe 1)?

Il faudrait s'enquérir de son alimentation – évite-t-elle ou inclut-elle activement des aliments précis? A-t-elle remarqué une corrélation entre ces restrictions et ses symptômes? Présente-t-elle du reflux ou des symptômes de dyspepsie (Renseignements généraux, point 10)? Vous pourriez l'interroger sur son humeur, ses sources de soutien et son fonctionnement général au travail et dans ses relations actuelles, ainsi que sur les répercussions sur sa qualité de vie (Renseignements généraux, points 1, 13-14; annexe 1).

Il faudrait la peser et calculer son IMC, rechercher les signes de pâleur et d'éruption cutanée et vérifier son état nutritionnel général. Si vous craignez que Jade souffre de malnutrition, vérifiez ses signes vitaux. Il faudrait palper son abdomen à la recherche d'une sensibilité, de masses et de réactions de défense. Si Jade a déjà des antécédents de saignement rectal, il faudrait inspecter la région anale et envisager un examen rectal (Renseignements généraux, point 15; annexe 1).

Deuxième partie

Quels examens envisageriez-vous?

Les analyses de sang devraient comprendre un hémogramme complet, le taux de ferritine (à cause de la fatigue chez une jeune femme présentant des pertes menstruelles régulières) et de TSH (à cause de la fatigue) et un test de dépistage de la maladie cœliaque (Renseignements généraux, points 16-17). Une analyse de l'hydrogène expiré après ingestion de lactose ne serait pas recommandée à ce stade, et pourrait ne pas être immédiatement réalisable (Renseignements généraux, point 18).

Si les résultats de ses examens sont normaux, êtes-vous à l'aise de diagnostiquer un SCI à ce stade?

D'après les critères de Rome IV et compte tenu du groupe et de la durée des symptômes de Jade incluant la douleur abdominale, les ballonnements, la flatulence, des habitudes intestinales alternant entre diarrhée et constipation (depuis plus de trois mois) et en l'absence de symptômes d'alarme, il est très probable qu'elle présente le SCI avec changements intestinaux mixtes (SCI-M) (Renseignements généraux, points 4-5; tableau 1; annexe 1).

Il serait important de reconnaître et de prendre au sérieux

ses symptômes, de formuler le diagnostic le plus probable et d'adopter un plan afin d'aider Jade à prendre en charge ses symptômes persistants (Renseignements généraux, point 36). Vous pourriez envisager de recourir aux conseils pour la discussion (encadré 1) ou à des vidéos destinées aux patients (encadré 2) et de passer en revue avec elle le document destiné aux patients atteints du SCI (dernière page du module) pour l'aider à comprendre son diagnostic. Certains cliniciens pourraient attendre les résultats du test de dépistage de la maladie cœliaque avant de confirmer le diagnostic et de fournir de l'information détaillée.

Quelles recommandations d'auto-prise en charge pourriez-vous faire à Jade en attendant les résultats des examens?

Il faudrait commencer par une dose quotidienne de 3,4 g de psyllium par jour. Il faudrait envisager d'essayer de l'essence de menthe poivrée entérosoluble (0,2 à 0,4 mL par voie orale 3 f.p.j. entre les repas) et/ou un probiotique quotidien pour déterminer si ces mesures peuvent soulager la douleur abdominale et les ballonnements de Jade.

Ces options thérapeutiques initiales se sont avérées bénéfiques contre les symptômes liés au SCI, en plus d'avoir des profils d'effets secondaires favorables et un coût inférieur (Renseignements généraux, points 24-25, 27; annexes 3, 4).

Vous pourriez recommander aux patients qui présentent une intolérance au lactose d'essayer un régime sans lactose pendant deux semaines (Renseignements généraux, point 22) en leur expliquant clairement la marche à suivre. Il ne conviendrait pas d'envisager d'autres restrictions alimentaires (p. ex., l'élimination du gluten) à ce stade (Renseignements généraux, point 23).

Il faudrait également discuter des stratégies de modification du mode de vie incluant l'activité physique régulière, la gestion du stress et l'abandon du tabagisme, en soulignant leurs avantages possibles pour sa santé mentale aussi (Renseignements généraux, point 22). Il pourrait également être bénéfique pour elle de limiter sa consommation de café et d'alcool s'ils sont des déclencheurs (annexe 1).

Il faudrait demander à Jade de prendre un rendez-vous de suivi pour qu'elle puisse vous faire part de tout changement de ses symptômes et passer en revue les résultats de ses analyses de laboratoire (annexe 3).

Troisième partie – quelques mois plus tard

Quelles autres stratégies pourriez-vous suggérer pour la prise en charge de Jade?

Il conviendrait de revérifier si Jade comprend bien son diagnostic de SCI et de lui fournir des renseignements fiables, en lui indiquant notamment des ressources en ligne (Renseignements généraux, points 36-37, Feuillet d'information destiné aux patients).

Il faudrait conseiller à Jade de continuer de prendre du psyllium chaque jour et de discuter avec elle de la nécessité d'en augmenter la dose. À ce stade, il serait important de réévaluer son alimentation afin de repérer les possibles déclencheurs alimentaires et de s'assurer qu'elle ne limite pas inconsidérément son apport calorique et nutritionnel (Renseignements généraux, points 22-23).

Le traitement pharmacologique du SCI-M peut s'avérer difficile compte tenu des symptômes opposés de diarrhée et de constipation et parce que la prise en charge de l'un peut aggraver l'autre (Renseignements généraux, point 34). Après d'autres discussions, on détermine que la douleur abdominale, les ballonnements et la flatulence restent les symptômes les plus gênants pour Jade. Les options médicamenteuses possibles sont les suivantes :

- Étant donné que l'essence de menthe poivrée ne lui a procuré aucun avantage, la prochaine étape pourrait être l'essai d'un antispasmodique sur ordonnance (comme l'hyoscine ou le pinavérium) en tenant compte de ses effets secondaires possibles et de son statut de remboursement/coût pour Jade (Renseignements généraux, point 27, annexes 3, 4).
- Il faudrait envisager d'ajouter un ATC au coucher ou de remplacer son IRSN actuel par un ISRS vu son avantage possible pour le SCI, en particulier si la venlafaxine en monothérapie ne permet pas de bien maîtriser ses symptômes d'anxiété (Renseignements généraux, point 28).

Vous pourriez lui demander si elle envisagerait de recourir à la TCC pour apprendre des stratégies d'adaptation utiles pour composer avec ses symptômes gastro-intestinaux, si elle peut trouver un thérapeute et si le traitement est abordable (Renseignements généraux, points 35; annexe 4).

Il conviendrait d'encourager Jade à faire un autre suivi dans quelques mois pour réévaluer ses symptômes et son plan de prise en charge, notamment si elle continue de présenter des symptômes incommodants et des restrictions de ses capacités fonctionnelles, ou si ses médicaments lui occasionnent des effets secondaires (Renseignements généraux, point 36; annexe 3).

Nous apprécions toujours vos commentaires. Si vous souhaitez nous faire parvenir de la rétroaction au sujet de ce module, le lien suivant vous amène directement au formulaire du sondage électronique :
http://members.fmpe.org/modulefeedback

Auteure : **Heather Waters, M.D., CCMF, FCMF**
Médecin de famille
Hamilton, Ontario

Réviseurs : **James Gray, M.D., FRCPC**
Gastroentérologie
Vancouver, Colombie-Britannique

Michael R. Kolber, M.D., M. Sc., CCMF
Médecin de famille
Corédacteur, Tools for Practice, Collège des médecins de famille de l'Alberta
Professeur, Département de médecine familiale à l'Université de l'Alberta
Edmonton, Alberta

Rédacteur médical en chef : **Haider Saeed, M.D., M. Sc., CCMF, FCMF**
Médecin de famille
Hamilton, Ontario

Rédactrice médicale/coordonnatrice, Développement des modules : **Wendy Leadbetter, inf. aut., B. Sc. inf.**
Hamilton, Ontario

L'équipe de rédaction du module de la Fondation aimerait remercier Anthony Gabriel (Gander, Terre-Neuve) et Poornima Sathi (Saskatoon, Saskatchewan) qui ont participé à la table ronde initiale de ce module. De plus, la Fondation remercie les groupes-pilotes PGBP facilités par Tunji Fatoye (Winnipeg, Manitoba), Zeev Gross (Edmonton, Alberta) et Oona Hayes (Victoria, Colombie-Britannique), qui ont testé ce module de formation et proposé des améliorations. Enfin, la Fondation souhaite remercier Roland Halil, qui a agi à titre de consultant dans la préparation de ce module.

Divulgation des conflits d'intérêts :

Heather Waters, James Gray, Michael Kolber, Haider Saeed et Wendy Leadbetter n'en ont déclaré aucun.

Même si le plus grand soin a été apporté à la préparation des informations contenues dans ce module, le Programme ne peut en garantir la pertinence dans des cas cliniques particuliers ou chez certains patients. Les médecins et les autres professionnels de la santé doivent utiliser leur propre jugement clinique, fondé sur les circonstances particulières de chaque cas, pour décider de la prise en charge et du traitement de leur patient.

Quiconque utilise ces renseignements, le fait à ses risques, et ne peut tenir pour responsable la Fondation pour l'éducation médicale continue ni le Programme d'apprentissage en petit groupe basé sur la pratique d'aucun incident ou dommage qui pourrait découler de cet usage.

Les ressources sur le Web citées dans ce module étaient toujours actives en novembre 2019

Ce programme est le résultat d'une collaboration entre :

La Fondation pour l'éducation médicale continue

McMaster University

© La Fondation pour l'éducation médicale continue

NIVEAUX DE PREUVES

Niveau de preuves	Type de preuves incluses
Élevé	• Revues systématiques/méta-analyses qui incluent une grande variété d'études bien conçues (peu de limitations/de risque de biais, directement applicable à la population ciblée); l'évaluation du sommaire a un intervalle de confiance restreint. • Études comparatives randomisées d'envergure et bien conçues. Les conclusions de l'étude ont peu de chances d'être grandement modifiées par l'information révélée lors de futures études.
Modéré	• Revues systématiques/méta-analyses d'études comportant plus de limitations/de risques de biais (études comparatives randomisées moins bien conçues, cohortes, études de cas-témoins), ou lorsque l'évaluation du sommaire a un intervalle de confiance large. • Études comparatives randomisées bien conçues, mais de taille modérée ou unique. • Études comparatives bien conçues et cohérentes, mais non randomisées • Études d'envergure de cohortes. Les conclusions de l'étude pourraient changer en fonction de l'information provenant de futures études.
Faible	• Petites études comparatives randomisées avec risque élevé de biais. • Études comparatives ou de cohortes comportant des limites/risques de biais importants ou dont les variations des résultats entre les études sont significatives. Les preuves provenant d'études bien conçues dans les populations représentatives manquent ou sont insuffisantes.
Très faible	• Opinion d'experts • Rapports de cas individuel ou de séries de cas

Sources :

1) Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) www.sign.ac.uk/assets/sign50_2011.pdf

2) U.S. Preventive Services Task Force Grade Definitions. May 2008. http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/grades.htm

3) Balshem H, Helfand M, Schunemann HJ, Oxman AD, Kunz R, Brozek J et al. GRADE guidelines: 3.Rating the quality of evidence. J Clin Epidemiol 2011; 64(4):401-406.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Moayyedi P, Andrews, CN., MacQueen, G., Korownyk C., Marsiglio, M., Graff, L., Kvern, B., Lazarescu, A., Liu, L., Paterson, WG., Sidani, S., Vanner, S. Canadian Association of Gastroenterology Clinical Practice Guideline fo the Management of Irritable Bowel Syndrome (IBS). *J Can Assoc Gastroenterol* 2019;2:6-28.
2. Fedorak RN, Vanner SJ, Paterson WG, Bridges RJ. Canadian Digestive Health Foundation Public Impact Series 3: irritable bowel syndrome in Canada. Incidence, prevalence, and direct and indirect economic impact. *Can J Gastroenterol* 2012;26:252-6. PM:22590697.
3. Ford AC, Moayyedi P, Chey WD, et al. American College of Gastroenterology Monograph on Management of Irritable Bowel Syndrome. *Am J Gastroenterol* 2018;113:1-18. PM:29950604.
4. Ford AC, Talley NJ, Veldhuyzen van Zanten SJ, Vakil NB, Simel DL, Moayyedi P. Will the history and physical examination help establish that irritable bowel syndrome is causing this patient's lower gastrointestinal tract symptoms? *JAMA* 2008;300:1793-805. PM:18854541.
5. Ford AC, Lacy BE, Talley NJ. Irritable Bowel Syndrome. *N Engl J Med* 2017;376:2566-78. PM:28657875.
6. Moayyedi P, Mearin F, Azpiroz F, et al. Irritable bowel syndrome diagnosis and management: A simplified algorithm for clinical practice. *United European Gastroenterol J* 2017;5:773-88. PM:29026591.
7. Lacy BE, Patel NK. Rome Criteria and a Diagnostic Approach to Irritable Bowel Syndrome. *J Clin Med* 2017;6 PM:29072609.
8. Sayuk GS, Wolf R, Chang L. Comparison of Symptoms, Healthcare Utilization, and Treatment in Diagnosed and Undiagnosed Individuals With Diarrhea-Predominant Irritable Bowel Syndrome. *Am J Gastroenterol* 2017;112:892-9. PM:28094313.
9. Lewis SJ, Heaton KW. Stool form scale as a useful guide to intestinal transit time. *Scand J Gastroenterol* 1997;32:920-4. PM:9299672.
10. Mearin F, Lacy BE, Chang L, et al. Bowel Disorders. *Gastroenterology* 2016 PM:27144627.
11. Cash BD. Understanding and Managing IBS and CIC in the Primary Care Setting. *Gastroenterology & Hepatology* 2018;14:3-15. PM:30279636.
12. Barbara G, Grover M, Bercik P, et al. Rome Foundation Working Team Report on Post-Infection Irritable Bowel Syndrome. *Gastroenterology* 2019;156:46-58 e7. PM:30009817.
13. Lovell RM, Ford AC. Prevalence of gastro-esophageal reflux-type symptoms in individuals with irritable bowel syndrome in the community: a meta-analysis. *Am J Gastroenterol* 2012;107:1793-801; quiz 802. PM:23032982.

14. de Bortoli N, Tolone S, Frazzoni M, et al. Gastroesophageal reflux disease, functional dyspepsia and irritable bowel syndrome: common overlapping gastrointestinal disorders. *Ann Gastroenterol* 2018;31:639-48. PM:30386113.

15. Law EH, Badowski M, Hung YT, Weems K, Sanchez A, Lee TA. Association Between Proton Pump Inhibitors and Microscopic Colitis. *Ann Pharmacother* 2017;51:253-63. PM:27733667.

16. Bonderup OK, Nielsen GL, Dall M, Pottegard A, Hallas J. Significant association between the use of different proton pump inhibitors and microscopic colitis: a nationwide Danish case-control study. *Aliment Pharmacol Ther* 2018;48:618-25. PM:30039564.

17. Ford AC, Lacy BE, Harris LA, Quigley EMM, Moayyedi P. Effect of Antidepressants and Psychological Therapies in Irritable Bowel Syndrome: An Updated Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Gastroenterol* 2019;114:21-39. PM:30177784.

18. Fond G, Loundou A, Hamdani N, et al. Anxiety and depression comorbidities in irritable bowel syndrome (IBS): a systematic review and meta-analysis. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2014;264:651-60. PM:24705634.

19. Patel P, Bercik P, Morgan DG, et al. Irritable bowel syndrome is significantly associated with somatisation in 840 patients, which may drive bloating. *Aliment Pharmacol Ther* 2015;41:449-58. PM:25586008.

20. Whitehead WE, Palsson O, Jones KR. Systematic review of the comorbidity of irritable bowel syndrome with other disorders: what are the causes and implications? *Gastroenterology* 2002;122:1140-56. PM:11910364.

21. Lacy BE, Mearin F, Chang L, et al. Bowel Disorders. *Gastroenteroloy* 2016;150:1393-407. PM:27144627.

22. Hookway C, Buckner S, Crosland P, Longson D. Irritable bowel syndrome in adults in primary care: summary of updated NICE guidance. *BMJ* 2015;350:h701. PM:25716701.

23. Irvine AJ, Chey WD, Ford AC. Screening for Celiac Disease in Irritable Bowel Syndrome: An Updated Systematic Review and Meta-analysis. *Am J Gastroenterol* 2017;112:65-76. PM:27753436.

24. Hayes PA, Fraher MH, Quigley EM. Irritable bowel syndrome: the role of food in pathogenesis and management. *Gastroenterol Hepatol* 2014;10:164-74. PM:24829543.

25. Bacchus CM, Dunfield L, Gorber SC, et al. Recommendations on screening for colorectal cancer in primary care. *CMAJ* 2016;188:340-8. PM:26903355.

26. Spiegel BM, Gralnek IM, Bolus R, et al. Is a negative colonoscopy associated with reassurance or improved health-related quality of life in irritable bowel syndrome? *Gastrointest Endosc* 2005;62:892-9. PM:16301033.

27. Mosli MH, Zou G, Garg SK, et al. C-Reactive Protein, Fecal Calprotectin, and Stool Lactoferrin for Detection of Endoscopic Activity in Symptomatic Inflammatory Bowel Disease Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Gastroenterol* 2015;110:802-19; quiz 20. PM:25964225.

28. Banerjee A, Srinivas M, Eyre R, et al. Faecal calprotectin for differentiating between irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disease: a useful screen in daily gastroenterology practice. *Frontline Gastroenterol* 2015;6:20-6. PM:28839790.

29. Dionne J, Ford AC, Yuan Y, et al. A Systematic Review and Meta-Analysis Evaluating the Efficacy of a Gluten-Free Diet and a Low FODMAPs Diet in Treating Symptoms of Irritable Bowel Syndrome. *Am J Gastroenterol* 2018;113:1290-300. PM:30046155.

30. Hackett C, Kolber MR. Low FODMAP diet. *Can Fam Physician* 2015;61:691. PM:26273081.

31. Rao SS, Yu S, Fedewa A. Systematic review: dietary fibre and FODMAP-restricted diet in the management of constipation and irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 2015;41:1256-70. PM:25903636.

32. Marsh A, Eslick EM, Eslick GD. Does a diet low in FODMAPs reduce symptoms associated with functional gastrointestinal disorders? A comprehensive systematic review and meta-analysis. *Eur J Nutr* 2016;55:897-906. PM:25982757.

33. Moayyedi P, Quigley EM, Lacy BE, et al. The effect of fiber supplementation on irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol* 2014;109:1367-74. PM:25070054.

34. Kamiya T, Shikano M, Tanaka M, et al. Therapeutic effects of biobran, modified arabinoxylan rice bran, in improving symptoms of diarrhea predominant or mixed type irritable bowel syndrome: a pilot, randomized controlled study. *Evid Based Complement Alternat Med* 2014;2014:828137. PM:25161692.

35. Singh B. Psyllium as therapeutic and drug delivery agent. *Int J Pharm* 2007;334:1-14. PM:17329047.

36. Ford AC, Harris LA, Lacy BE, Quigley EMM, Moayyedi P. Systematic review with meta-analysis: the efficacy of prebiotics, probiotics, synbiotics and antibiotics in irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 2018;48:1044-60. PM:30294792.

37. Bhargava A KM. Antispasmodics and peppermint oil: Old news or a breath of fresh air in managing Irritable Bowel Syndrome. 2019. Tools for Practice #229. Alberta College of Family Physicians. www.acfp.ca/tools-for-practice/.

38. Alammar N, Wang L, Saberi B, et al. The impact of peppermint oil on the irritable bowel syndrome: a meta-analysis of the pooled clinical data. *BMC Comp Alternat Med* 2019;19:21. PM:30654773.

39. Cash BD, Epstein MS, Shah SM. A Novel Delivery System of Peppermint Oil Is an Effective Therapy for Irritable Bowel Syndrome Symptoms. *Dig Dis Sci* 2016;61:560-71. PM:26319955.

40. Lembo AJ, Lacy BE, Zuckerman MJ, et al. Eluxadoline for Irritable Bowel Syndrome with Diarrhea. *N Engl J Med* 2016;374:242-53. PM:26789872.

41. Turner B KM, Korownyk C. Tools for Practice. #189 Moving along the management of constipation predominant IBS - Is it worth the cost? 2017. Alberta College of Family Physicians. www.acfp.ca/tools-for-practice/.

42. Chapman RW, Stanghellini V, Geraint M, Halphen M. Randomized clinical trial: macrogol/PEG 3350 plus electrolytes for treatment of patients with constipation associated with irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol* 2013;108:1508-15. PM:23835436.

43. Shin A, Camilleri M, Kolar G, Erwin P, West CP, Murad MH. Systematic review with meta-analysis: highly selective 5-HT4 agonists (prucalopride, velusetrag or naronapride) in chronic constipation. *Aliment Pharmacol Ther* 2014;39:239-53. PM:24308797.

44. Camilleri M, Ford AC. Pharmacotherapy for Irritable Bowel Syndrome. *J Clin Med* 2017;6 PM:29077050.

45. Laird KT, Tanner-Smith EE, Russell AC, Hollon SD, Walker LS. Short-term and Long-term Efficacy of Psychological Therapies for Irritable Bowel Syndrome: A Systematic Review and Meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2016;14:937-47 e4. PM:26721342.

46. Halpert A. Irritable Bowel Syndrome: Patient-Provider Interaction and Patient Education. *J Clin Med* 2018;7 PM:29301273.

47. Labus J, Gupta A, Gill HK, et al. Randomised clinical trial: symptoms of the irritable bowel syndrome are improved by a psycho-education group intervention. *Aliment Pharmacol Ther* 2013;37:304-15. PM:23205588.

ANNEXE 1. Évaluation dans le contexte du syndrome du côlon irritable (SCI)

Tableau clinique : *symptômes gênants récurrents incluant douleurs abdominales et modification des habitudes intestinales depuis au moins trois mois.*

Anamnèse

- *Symptômes abdominaux :* profil de douleur, siège, type, sévérité, fréquence, durée; ballonnement, distension, flatulence; symptômes gastro-intestinaux hauts (nausées, vomissements, dyspepsie, RGOP); tout facteur associé qui les déclenche et les soulage.
- *Habitudes intestinales, changements liés à la défécation :* fréquence, forme et consistance des selles (échelle d'évaluation de la forme des selles de Bristol); effort de poussées; impériosité/incontinence; présence de sang ou de mucus; défécation douloureuse; lien entre la douleur abdominale et l'élimination des selles; soulagement de la douleur après les selles; impression d'évacuation incomplète des selles.
- *Santé mentale :* dépression, anxiété, stress et lien avec les symptômes gastro-intestinaux.
- *Antécédents gynécologiques :* tout lien entre les menstruations et les symptômes abdominaux, la grossesse, la dyspareunie.
- *Symptômes urologiques :* fréquence, impériosité, incontinence, hématurie.
- *Symptômes généraux et autres évoquant d'autres diagnostics :* léthargie, douleur musculosquelettique, perte pondérale, sueurs nocturnes, changements cutanés.
- *Habitudes alimentaires :* apport en fibres/liquides, déclencheurs alimentaires (p. ex., café, autres), changements alimentaires (p. ex., lactose, restrictions de gluten).
- *Traitements essayés jusqu'ici :* produits en vente libre et naturels, produits sur ordonnance, et effet signalé.
- *Antécédents médicaux :* maladie thyroïdienne, infections entériques antérieures, cholécystectomie.
- *Médicaments actuels pouvant causer des symptômes gastro-intestinaux :* p. ex., IPP, agents procinétiques, anti-inflammatoires non stéroïdiens, opioïdes, antibiotiques, fer, etc.
- *Utilisation de substances psychotropes :* alcool, tabagisme, autres drogues.
- *Antécédents familiaux :* maladie inflammatoire intestinale (MII), maladie cœliaque, intolérance au lactose, cancer du côlon, cancer des ovaires, autres troubles gastro-intestinaux.
- *Qualité de vie :* réseaux de soutien actuels, limites, capacités fonctionnelles globales en rapport avec le travail et les relations, répercussions sur le mode de vie.

Examen physique

- Calcul du poids et de l'IMC (signes vitaux complets en cas de préoccupations liées à la malnutrition).
- Rechercher les signes de pâleur et d'éruption cutanée et vérifier l'état nutritionnel général.
- Palper l'abdomen à la recherche d'une sensibilité, d'un ballonnement, de masses et d'une réaction de défense.
- Si le résultat est positif pour le saignement rectal, inspecter la région anale et envisager un examen rectal, une anuscopie.

Examens

- Hémogramme complet, envisager le dosage de la ferritine.
- Test de dépistage de la maladie cœliaque, notamment chez les sujets atteints de symptômes à prédominance de diarrhée [preuves de faible niveau].
- Envisager le dosage de la TSH chez les sujets atteints de symptômes à prédominance de constipation.

Diagnostic : En l'absence de préoccupations liées à une maladie organique, énoncer et poser un diagnostic positif de SCI et expliquer la maladie. Rassurer le sujet et l'informer sur les sources de soutien.

SIGNES D'ALARME et suivi recommandé, envisager une maladie organique (annexe 2)

Caractéristiques préoccupantes (à envisager dans le contexte de l'évaluation ci-dessus) :

- Âge > 50 ans
- Sang dans les selles (sauf si le sang provient clairement de l'anus : hémorroïdes, fissures)
- Modification récente des habitudes intestinales
- Défécations nocturnes
- Antécédents familiaux de SCI, de maladie cœliaque, de cancer du côlon ou de l'ovaire
- Perte pondérale non intentionnelle
- Fièvre
- Masse abdominale ou rectale
- Anémie inexpliquée
- Augmentation du nombre de globules blancs

- **Âge > 50 ans et apparition de nouveaux symptômes et/ou de signes d'alarme :** coloscopie [preuves de faible niveau]
- **Degré de suspicion élevé d'une SCI :** Envisager le taux de protéine C-réactive et de calprotectine fécale [preuves de très faible niveau] et une coloscopie
- **Antécédents familiaux de cancer colorectal, de perte pondérale inexpliquée, de saignement rectal (qui n'est pas d'origine anale), de masse abdominale :** coloscopie (avec biopsie colique selon l'indication), imagerie abdominale avec échographie et/ou tomodensitométrie (selon l'indication basée sur le tableau clinique)

D'après : 1) Moayyedi P, Mearin F, Azpiroz F, et coll. Irritable bowel syndrome diagnosis and management: A simplified algorithm for clinical practice. United Europ Gastroenterol J. 2017;5:773-88. PM:29026591; **2)** Moayyedi P, Andrews, CN., MacQueen, G., Korownyk C., Marsiglio, M., Graff, L., Kvern, B., Lazarescu, A., Liu, L., Paterson, WG., Sidani, S., Vanner, S. Canadian Association of Gastroenterology Clinical Practice Guideline for the Management of Irritable Bowel Syndrome (IBS). J Can Assoc Gastroenterol 2019; 2:6-28; **3)** Calgary Zone Primary Care Network, Section of Gastroenterology and Alberta Health Services. Enhanced Primary Care Pathway: Irritable Bowel Syndrome. Décembre 2017. https://www.specialistlink.ca/files/IBS_Enhanced_Primary_Care_Pathway_for_websites_Dec_2017_SL_posting.pdf **4)** Hookway C, Buckner S, Crosland P, Longson D. Irritable bowel syndrome in adults in primary care: summary of updated NICE guidance. BMJ. 2015;350:h701. PM:25716701; **5)** Lacey BE, Mearin F, Chang L, et coll. Bowel disorders. Gasteroenterology 2016; 150:1393-1407. e1395

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org

ANNEXE 2. Syndrome du côlon irritable – Diagnostic différentiel

Symptômes	Caractéristiques cliniques	Stratégies diagnostiques à envisager
Prédominance de constipation		
Sténoses dues au : • Cancer du côlon • Maladie inflammatoire de l'intestin (MII) • Diverticulite • Ischémie	Constipation, constipation opiniâtre	TDM, coloscopie, sigmoïdoscopie flexible, lavement baryté
Dysfonction du plancher pelvien*	Effort de poussées, nécessité de manœuvres digitales pour faciliter l'émission de selles	Examen rectal, test d'expulsion du ballonnet, manométrie anorectale, défécographie
Effet secondaire d'un médicament*	Opiacés, cholestyramine, inhibiteurs calciques, médicaments anticholinergiques, autres	Antécédents pharmacologiques, essai sans médicaments
Hypothyroïdie*	Autres symptômes/signes d'hypothyroïdie	Taux de TSH
Maladie neurologique*	Maladie concomitante : maladie de Parkinson, sclérose en plaques, dysfonction du système autonome	Anamnèse, examen neurologique
Inertie colique	Selles très rares	Marqueurs radio-opaques, scintigraphie, capsule radiotélémétrique d'étude de la motilité et du pH
Prédominance de diarrhée		
Maladie cœliaque	Diarrhée, généralement stéatorrhée, anémie	Anticorps anti-transglutaminase tissulaire, endoscopie avec biopsie de l'intestin grêle
Maladie de Crohn (MII)	Diarrhée, douleur abdominale	Coloscopie, TDM ou IRM, transit baryté de l'intestin grêle
Colite ulcéreuse (MII)	Diarrhée sanguinolente, douleur abdominale, ténesme	Coloscopie, TDM ou IRM
Colite microscopique	Diarrhée aqueuse souvent accompagnée de symptômes nocturnes, prise possible d'IPP	Coloscopie/sigmoïdoscopie flexible et biopsies aléatoires d'un côlon d'aspect normal, essai sans IPP
Infectieuse	Gêne abdominale, diarrhée surtout après un voyage récent	Examen parasitologique des selles x 3; culture de selles; antigène Giardia dans les selles; essai du métronidazole
Infection à Clostridium difficile	Antibiothérapie ou hospitalisation récente	Réaction en chaîne de la polymérase à partir d'un échantillon de selles
Intolérance au lactose	Aggravation des symptômes après la consommation de lactose	Essai d'une alimentation sans lactose, analyse de l'hydrogène expiré après ingestion de lactose
Hyperthyroïdie	Selles molles et autres caractéristiques de l'hyperthyroïdie	Dosage du taux de TSH sérique, en présence d'autres caractéristiques d'hyperthyroïdie
Prédominance de douleur		
Aérophagie, ballonnement	Il se peut que le patient soit anxieux (absorption d'air par nervosité); son état peut être exacerbé par une chirurgie anti-reflux	Radiographie abdominale
Obstruction intermittente de l'intestin grêle	Plus probable en cas d'antécédents de chirurgie abdominale	Radiographie abdominale, TDM, transit baryté de l'intestin grêle
Endométriose	Symptômes associés aux menstruations, symptômes pelviens	Échographie pelvienne, laparoscopie
Pancréatite chronique	Douleur épigastrique, généralement plus persistante qu'avec le syndrome du côlon irritable	Radiographie abdominale à la recherche de calcifications, TDM, échographie endoscopique
Lymphome du tractus GI	Perte pondérale	TDM, radiographie de l'intestin grêle
Ischémie	Angine intestinale, notamment chez les patients atteints d'athérosclérose; aversion alimentaire; perte pondérale, douleur apparaissant 15 à 40 minutes après un repas	Angiographie par TDM, échographie Doppler, angiographie mésentérique

Remarque : MII = maladie inflammatoire de l'intestin; * Peu susceptible de causer une douleur abdominale seulement; GI = gastro-intestinale; TSH = thyréostimuline; 5HIAA = acide 5-hydroxyindoleacétique.

D'après : 1) Sultan, S., Malhotra A. Irritable Bowel Syndrome. Ann Intern Med 2017; 166(11): ITC81-ITC96; **2)** Wilkins T, Pepitone C, Alex B, Schade R. Diagnosis and Management of IBS in Adults. Am Fam Physician 2012;86(5): 419-426.

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org

ANNEXE 3. Prise en charge du syndrome du côlon irritable (SCI) diagnostiqué

- Établir le ou les symptômes prédominants.
- Passer en revue les traitements antérieurs, les preuves à l'appui des traitements actuels, les préférences du patient et les objectifs du traitement.
- Informer le patient sur le SCI, le rassurer, l'appuyer dans l'auto-prise en charge et le suivi.

Évaluation initiale : Optimiser et personnaliser le traitement des symptômes. Modification du mode de vie/interventions alimentaires : activité physique, consommation alimentaire, réduction du stress, soutien de la santé mentale

Fibres solubles (psyllium)

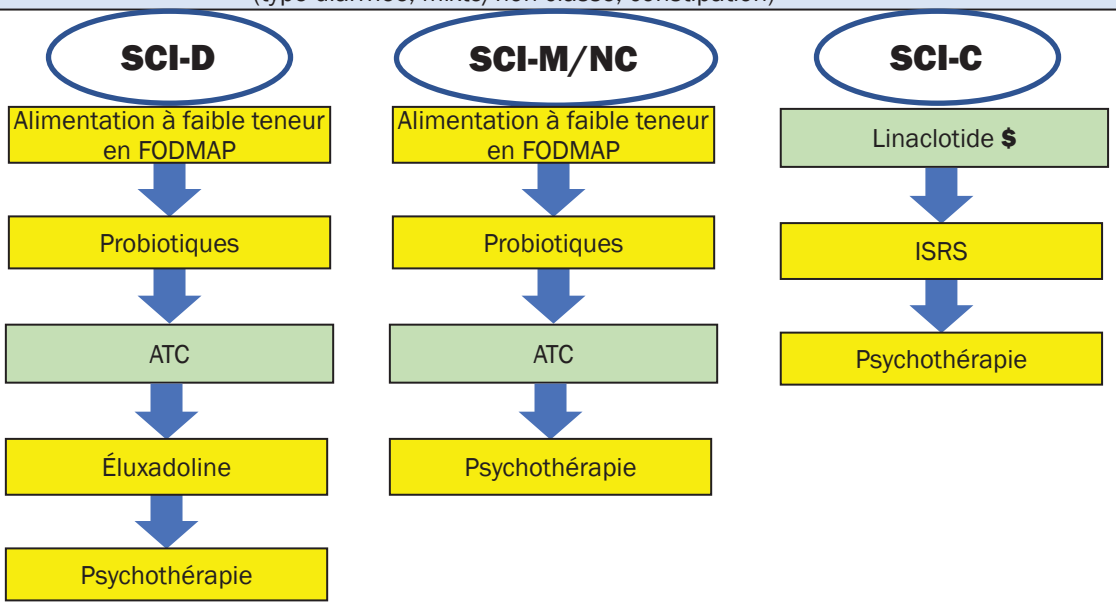
↓

Essence de menthe poivrée*

↓

Antispasmodiques**

La prise en charge doit être axée sur les habitudes intestinales prédominantes/le sous-type du SCI et les préférences du patient
(type diarrhée, mixte/non classé, constipation)



Suivi : réévaluer à 4-8 semaines pour vérifier le soulagement des symptômes, la satisfaction du patient, l'observance et les stratégies de tolérabilité.

LÉGENDE (selon les niveaux actuels des données probantes disponibles) :
À proposer à la plupart des patients, la plupart du temps;
Discussion attentive avec le patient concernant ces options, en tenant compte des données probantes, du profil d'effets secondaires, du coût.

Traitements **NON** recommandés *systématiquement* pour les symptômes généraux du SCI (sur la base des niveaux de preuves actuels) :

- Alimentation sans gluten
- Suppléments de son de blé
- Laxatifs osmotiques
- Utilisation continue de lopéramide
- Cholestyramine
- Prucalopride
- Diphénoxylate/atropine
- Remèdes à base de plantes
- Acupuncture

Remarques : * Si la douleur et les ballonnements sont les principales caractéristiques; ** Si la douleur est la principale caractéristique; ATC = antidépresseur tricyclique; ISRS = inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine; **$** = envisager les coûts (remboursement) pour le patient.

D'après : 1) Moayyedi P, et coll. Canadian Association of Gastroenterology Clinical Practice Guidelines for the Management of Irritable Bowel Syndrome (IBS). J Can Assoc Gastroenterol 2019;2(1);6-29. Figure 8; **2)** Moayyedi P, Mearin F, Azpiroz F, et coll. Irritable bowel syndrome diagnosis and management: A simplified algorithm for clinical practice. United Europ Gastroenterol J. 2017;5:773-88. PM:2902659; **3)** Calgary Zone Primary Care Network, Section of Gastroenterology and Alberta Health Services.Enhanced Primary Care Pathway: Irritable Bowel Syndrome. Dec 2017. www.specialistlink.ca/files/IBS_Enhanced_Primary_Care_Pathway_for_websites_Dec_2017_SL_posting.pdf

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org

ANNEXE 4. Syndrome du côlon irritable – Aperçu des traitements recommandés

Traitement	**Avantages/symptômes ciblés**	**Effets secondaires/indésirables** (Contre-indications/interactions)	**NNT** IC à 95 %	**Données probantes**	**Dose/coût par mois** ($ Can)
Anti-dépresseurs : **Anti-dépresseurs tricycliques**	Prolongation du transit GI – Avantageux en cas de diarrhée et de douleurs abdominales. Commencer par une faible dose pour réduire au minimum les effets secondaires; si aucun effet n'est observé après un mois, dose ↑.	Anticholinergique : sécheresse buccale, vision trouble, somnolence, etc. Remarque : *À éviter dans les cas de SCI-C* et mise en garde en cas de SCI-M à cause de la constipation.	**4** (3 à 6)	Élevé	Amitriptyline, doxépine à 10-25 mg par voie orale au coucher, ↑ lentement par paliers de 10-25 mg tous les 5-7 jours jusqu'à l'obtention de l'effet recherché. Peut nécessiter 25-150 mg/jour, 13 $-15 $
ISRS	Diminution du transit GI – Avantageux en cas de constipation et de douleurs abdominales, également en cas de comorbidité psychiatrique (anxiété, dépression).	Nervosité, nausée, céphalée, diarrhée, etc.	**4** (2,5 à 20)	Modéré	Paroxétine à 10, 20, 40 mg/jour par voie orale 29 $ – 40 $ Fluoxétine à 20 mg par voie orale par jour, 21 $ Citalopram à 20-40 mg par voie orale par jour, 18 $
Fibres solubles	Avantageux en cas de constipation et de diarrhée. Commencer par une faible dose et l'augmenter lentement.	Diarrhée, constipation, ballonnements, flatulence.	**7** (4 à 25)	Modéré	Psyllium à 3,4 mg/jour (↑ lentement jusqu'au max. de 12 g/jour) Poudre, 20 $; gélule, 23 $; Biscuits 10 $/24
Essence de menthe poivrée	Amélioration des symptômes généraux, douleurs abdominales.	Brûlures d'estomac (utiliser des préparations entérosolubles pour les réduire au minimum), nausée, céphalée.	**4** (3 à 6)	Faible	Gélules entérosolubles de 0,2-0,4 mL, par voie orale, 3 f.p.j. entre les repas. 20 $ – 40 $
Probiotiques	Amélioration des symptômes généraux, douleurs abdominales. Recommander de limiter la durée des essais thérapeutiques (un mois).	Données probantes insuffisantes à l'appui de toute espèce en particulier; effets secondaires peu signalés.	**7** (5 à 12)	Faible	• *Lactobacillus plantarum* Lp229v (TuZen) 1-2 gélules/jour, 40 $–80 $ • *Bifidobacterium infantis* 35624 (Align) 1 capsule/jour, 40 $
Psycho-thérapies	Symptômes généraux du SCI, douleurs abdominales.	Peu signalés.	**4** (3,5 à 5,5)	Très faible	L'accès et le coût peuvent être un obstacle pour le patient
Anti-spasmodiques	• La douleur est le symptôme prédominant (soulagement à court terme, immédiat). • Dépendance à une classe (anticholinergique, antagoniste calcique GI).	L'utilisation peut être limitée par les effets indésirables anticholinergiques (vision trouble, sécheresse buccale, étourdissements, sueur, constipation, nausées, etc.). • *Contre-indiqués* en cas d'occlusions ou ulcères GI, de colites, de glaucome, de RGOP, d'état CV instable. • L'hyoscine peut interagir avec les IMAO, le métoclopramide, les antiacides, les antidiarrhéiques • Le pinavérium peut interagir avec l'indinavir, l'essence de menthe poivrée, le ma huang.	**5** (4 à 8)	Très faible	• Hyoscine (Buscopan) 10-20 mg par jour, 22 $-32 $ • Pinavérium (Dicetel) 50 mg 3 f.p.j., 42 $-47 $

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org

Traitement	Avantages/symptômes ciblés	Effets secondaires/indésirables (Contre-indications/interactions)	NNT IC à 95 %	Données probantes	Dose/coût par mois ($ Can)
Alimentation à faible teneur en FODMAP (SCI-D et SCI-M)	• Essai à court terme, après l'échec des stratégies conservatrices de prise en charge alimentaire. • Réduction de la gravité des symptômes GI généraux en l'espace de sept jours; jusqu'à huit semaines peuvent être nécessaires lorsque l'amélioration est la conséquence de changements dans le microbiote intestinal consécutifs à une modification de l'alimentation. • Bénéfique lorsqu'elle est accompagnée de conseils diététiques.	La restriction alimentaire prolongée risque d'entraîner une absorption inadéquate de nutriments; à long terme, ses effets sur le microbiote intestinal sont inconnus. Elle peut être difficile à observer et coûteuse pour certains patients.	**5** (3 à 11)	Très faible	Non disponible
Spécifique du SCI-D					
Éluxadoline (Viberzi)	Diarrhée, douleur abdominale ou ballonnement; amélioration significative de la douleur abdominale, des symptômes liés aux selles après une semaine; effet maximal sur la douleur après environ 4-6 semaines.	Nausées, céphalées, constipation (atténuer cet effet en évitant l'utilisation concomitante d'autres médicaments constipants), pancréatite.	**12** (8 à 33)	Modéré	75 – 100 mg 3 f.p.j. Environ 160 $ Remarque : Réduction de la dose de certains médicaments concomitants requise.
Lopéramide (Imodium)	Utiliser au besoin en cas d'épisodes aigus ou de diarrhée anticipatoire; NON recommandé pour une utilisation continue.	Sécheresse buccale, crampes abdominales, flatulence, nausées/vomissements, éruption cutanée, constipation, urticaire. À éviter en cas de douleur abdominale sans diarrhée, de constipation, de diarrhée douloureuse, d'entérocolite bactérienne.	Non disponible	Très faible	2-4 mg par voie orale par jour – 2 f.p.j. au besoin 25 $ – 76 $ en vente libre
Spécifique du SCI-C					
Linaclotide (Constella)	• Symptômes prédominants de constipation, de douleur ou de ballonnement. • Amélioration de la fréquence des selles dès la première semaine. • L'effet maximal sur la douleur et les ballonnements peut prendre plus longtemps (8-10 semaines).	Diarrhée, douleur abdominale, céphalée, qui disparaissent habituellement en l'espace de sept jours, ou à l'arrêt temporaire du traitement.	**6** (5 à 8)	Élevé	Gélule à 72, 145 ou 290 ug 1 f.p.j. 200 $

Remarques : IC = intervalle de confiance; GI = gastro-intestinal; SCI-D = SCI à prédominance de diarrhée; SCI-M = SCI mixte; SCI-C = SCI à prédominance de constipation

D'après : 1) Kosar L, Schuster B, Regier L, Jensen B. Irritable Bowel Syndrome (IBS). Drugs for Symptom Management. AND Management of Constipation. 2019. Rx Files. www.RxFiles.ca; **2)** Moayyedi P, et coll. Canadian Association of Gastroenterology Clinical Practice Guidelines for the Management of Irritable Bowel Syndrome (IBS). J Can Assoc Gastroenterol 2019;2(1);6-29. Figure 8; **3)** Moayyedi P, Mearin F, Azpiroz F, et coll. Irritable bowel syndrome diagnosis and management: A simplified algorithm for clinical practice. United Europ Gastroenterol J. 2017;5:773-88. PM:2902659; **4)** Ford AC, Moayyedi P, Chey WD, et coll. American College of Gastroenterology Monograph on Management of Irritable Bowel Syndrome. Am J Gastroenterology 2018; 113: S1-18; **5)** Ford AC, Lacy BE, Talley NJ. Irritable Bowel Syndrome. N Engl J Med 2017;376:2566-78; **6)** Camilleri M, Ford AC. Pharmacotherapy for Irritable Bowel Syndrome. J Clin Med 2017;6(11):pii:E101. **7)** Calgary Zone Primary Care Network, Section of Gastroenterology and Alberta Health Services. Enhanced Primary Care Pathway: Irritable Bowel Syndrome. Déc. 2017. www.specialistlink.ca/files/IBS_Enhanced_Primary_Care_Pathway_for_websites_Dec_2017_SL_posting.pdf

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org
novembre 2019

FEUILLET D'INFORMATION DESTINÉ AUX PATIENTS – N'hésitez pas à photocopier cette page

SYNDROME DU CÔLON IRRITABLE (SCI)

Qu'est-ce que le syndrome du côlon irritable?



Le SCI est une maladie chronique fréquente des intestins. Sa cause exacte n'est pas bien comprise, mais ce syndrome n'est pas dangereux.

Quels sont les symptômes?

- Douleur abdominale.
- Changements dans la fréquence et le type de selles (diarrhée, constipation, ou alternance des deux).
- Crampes, gaz et ballonnements.
- Sensation de devoir se dépêcher pour aller à la selle.
- Effort pendant la défécation.
- Sensation de ne pas avoir fini d'évacuer après être allé aux toilettes.

Comment le SCI est-il diagnostiqué?

Il n'existe pas de test de dépistage spécifique du SCI. Votre professionnel de la santé vous interrogera sur vos antécédents médicaux et les médicaments que vous prenez et il examinera votre abdomen.
On vous demandera peut-être de passer des analyses de sang ou d'autres tests, en particulier si vous présentez l'un des symptômes suivants :

- Symptômes apparus après l'âge de 50 ans.
- Antécédents familiaux de cancer du côlon ou de maladie inflammatoire de l'intestin.
- Perte de poids, faible taux de fer, présence de sang dans les selles, fièvre ou réveil la nuit pour aller à la selle.
- Hospitalisation récente ou utilisation récente d'antibiotiques.

Comment le SCI est-il traité?

Le SCI se manifeste de façon unique chez chaque individu et il peut falloir un certain temps pour déterminer quels traitements vous conviennent le mieux.
Alimentation : Il est parfois bénéfique de changer son alimentation. Il est important de prendre des repas équilibrés en portions moyennes. Faites attention aux aliments qui déclenchent vos symptômes. Si vous avez la diarrhée, on vous conseillera peut-être d'essayer un régime à faible teneur en FODMAP pendant une courte période et de consulter un diététiste pour savoir quels aliments il faut limiter ou éviter de consommer.

Gestion du stress : Il est important de trouver des moyens de gérer le stress. Faites régulièrement de l'exercice et dormez suffisamment. Envisagez des activités de détente comme la marche, le yoga et la méditation. Le counselling peut également vous aider à faire face au stress et aux symptômes du SCI.

Médicaments : Certains médicaments en vente libre et sur ordonnance peuvent contribuer à soulager les symptômes comme la douleur, la diarrhée et la constipation. Demandez à votre professionnel de la santé quelles options vous conviendraient le mieux.

Vidéo en ligne (5 min chacune) – Société canadienne de recherche intestinale

Partie 1 : Aperçu sur le SCI et 2e partie : Options thérapeutiques pour le SCI.
En ligne au https://badgut.org/centre-information/sujets-de-a-a-z/syndrome-de-lintestin-irritable/?lang=fr

Plus de renseignements en ligne sur le SCI

- Fondation canadienne pour la santé digestive : https://cdhf.ca/
- Alimentation à faible teneur en FODMAP : Société GI (badgut.org) : https://badgut.org/centre-information/sante-et-nutrition/regime-appauvri-en-fodmap-2/?lang=fr et Monash University https://www.monashfodmap.com/
- MedLine Plus: https://medlineplus.gov/irritablebowelsyndrome.html

Mon plan de traitement du SCI...