

# Colon irritable

## Deuxième partie

N. Schaub, F. S. Lehmann

### Traitement

Il faut garder en mémoire dans la prise en charge et le traitement des patients souffrant d'IBS que seule une sélection de patients plutôt anxieux consulte son médecin. Environ  $\frac{2}{3}$  ont des troubles passagers et modérés. Ces patients se caractérisent par peu de problèmes psychosociaux et une bonne réponse au traitement symptomatique. L'autre extrême du spectre clinique est formé par un petit pourcentage de patients souffrant d'IBS avec des plaintes intenses et constantes sur de nombreuses années et souffrant d'une co-morbidité psychiatrique non moins intense. Ils demandent en conséquence une attention exigeante et de longue haleine. L'appui de psychothérapeutes, de thérapeutes comportementaux ainsi que l'emploi de traitements psycho-pharmacologiques s'avère souvent nécessaire.

Le but du traitement est de parvenir à ébranler tant soit peu la triade symptomatique: douleur, constipation et diarrhée (tableau 1).

Parmi les modalités thérapeutiques décrites ci-dessous, la meilleure évidence d'efficacité concerne les myorelaxants pour les patients chez qui la douleur prédomine et le Lopéramid pour les patients souffrants d'IBS-D. L'utilité thérapeutique des médicaments psychotropes lors d'IBS est moins nette et spécifique.

Le traitement de l'IBS s'est essentiellement réduit ces dernières années à la prescription de

spasmodiques, de fibres végétales comme mucilages, et d'anti-diarrhéiques. Nous disposons aujourd'hui, grâce au développement de la recherche, de nouvelles modalités thérapeutiques et de nouveaux traitements. Mais l'évaluation du succès thérapeutique est ardue lors d'IBS, car un effet placebo est présent dans jusqu'à 70% des cas.

### Dialogue

Le dialogue est à la base du traitement de tout patient souffrant d'IBS. Il est important de reconnaître la réalité de la souffrance du patient, d'en expliquer les mécanismes et en même temps de rassurer sur le bon pronostic. Cela suffit souvent en soi à améliorer le bien-être et la tolérance des troubles chez la majorité des patients et à diminuer la concentration du patient sur ses plaintes [2]. Il faut aborder ouvertement la crainte souvent non-exprimée des patients souffrant d'IBS qu'une maladie maligne puisse se cacher derrière leurs symptômes.

### Alimentation

Un traitement uniquement diététique est la plupart des cas sans succès bien que de nombreux patients souffrants d'IBS présentent une anamnèse d'intolérance alimentaire. Il est très rare de pouvoir prouver une intolérance alimentaire authentique lors d'IBS. L'abstention alimentaire, spécialement de produits lactés, ou la réduction de la prise de quantité inadéquate d'édulcorants artificiels peu occasionnellement être une piste à suivre et diminuer les symptômes. Une réduction de nourriture formant des gaz telles les fèves, les oignons et le céleri peut également soulager les patients souffrant de météorisme, mais les patients ont d'habitude déjà souvent fait cette observation et adapté leur alimentation en conséquence d'eux-mêmes.

### Fibres et mucilages

Les patients souffrant d'IBS consomment autant de fibres végétales que le reste de la population. La plupart de ces patients se voient malgré tout prescrire des fibres naturelles (son) ou artificielles, resp. mucilage à effet ballast (Psyllium, Isphagula). Un effet thérapeutique de ces substances expansives et lubrifiantes ne peut être attendu que chez les patients constipés.

La prescription de fibres ne se justifie en règle pas pour les patients souffrants d'IBS-D, de météorisme ou de douleurs. La prescription de fibres est limitée du fait d'une fréquente faible

Correspondance:  
Dr. N. Schaub  
Gastroenterologie  
Kantonsspital Bruderholz  
CH-4101 Bruderholz

#### Abréviations

IBS Irritable Bowel Syndrome (Colon irritable)  
IBS-O Sous type constipation  
IBS-D Sous type diarrhée  
5-HAT Sérotonine

**Tableau 1. IBS: Traitement en fonction des symptômes.**

Douleur	Diarrhée	Constipation
Anticholinergiques (p.ex. Spasmo-Canulase®)	Loperamid (Imodium®)	Mucilage-lubrifiants
Spasmodiques musculaire (p.ex. Dicetel®, Duspatalin®)	Cholestyramin (Quantalen®)	Substances. (iso-)osmotiquement actives (p.ex. Transipeg®, Importal®, Duphalac®)
Huile de menthe poivrée (Colpermin®)		Agoniste-5-HAT <sub>4</sub> (Zelmac®)

observance du traitement pouvant aggraver les symptômes.

### Spasmolytiques

Les spasmolytiques sont les substances les plus souvent employées dans le traitement de l'IBS. Ce groupe comprend les anticholinergiques (p.ex. Spasmo-Canulase®), les antagonistes du Calcium (Dicetel®), les spasmolytiques muskolyotropes (Duspatalin®) et les huiles de menthes poivrée (Colpermin®). Les spasmolytiques ont une efficacité prouvée pour les douleurs et les besoins impérieux post-prandiaux [3].

### Anti-diarrhéiques

Les anti-diarrhéiques sont prescrits chez les patients souffrants d'IBS-D. L'action du Lopéramid (Imodium®) est la mieux étudiée dans l'IBS. Le lopéramid provoque non seulement un ralentissement du transit, mais également une augmentation du tonus du sphincter anal, une diminution de la quantité de liquide dans les selles et une diminution de la perception rectale [4]. La cholestyramine (Quantalan®) et de l'Odansetron (Zofran®) enregistré principalement comme anti-émétique ont aussi une efficacité établie dans l'IBS-D.

### Antidépresseurs

Plusieurs antidépresseurs disponibles en Suisse comme l'Imipramin (Tofranil®), l'Ami-tryptilin (Saroten®), le Nortryptilin (Nortrilen®) et le Trimipramin (Surmontil®) sont probablement efficaces dans le traitement de l'IBS. Ils peuvent être indiqués chez les patients souffrants d'IBS-D et une maladie psychiatrique concomitante (Dépression, anxiété). Le rôle des inhibiteurs sélectifs des recaptés de la sérotonine (SSRI) doit encore être évalué dans le traitement de l'IBS [1].

### Traitements psychothérapeutiques et méthodes de relaxation

Tant les psychothérapies classiques que les méthodes de relaxations que l'hypnose ont une utilité prouvée dans le traitement de l'IBS. Une **psychothérapie** peut soulager les symptômes significativement même chez des patients souffrant d'IBS réfractaire. Ce soulagement peut concerner les douleurs et les diarrhées mais en aucun cas la constipation. Des **méthodes de relaxation** tel le training autogène peuvent améliorer significativement et durablement les diarrhées, les douleurs et le météorisme. Le trai-

ning autogène peut être appris facilement, est disponible partout et ne demande que peu de temps quotidiennement. Il est probablement utile de recommander le training autogène plus généreusement pour le traitement de l'IBS. L'**hypnose** ne peut non seulement soulager les symptômes gastro-intestinaux chez jusque 85% des patients, mais améliorer le bien-être psychique et physique général et diminuer l'absentéisme au travail et le nombre de consultations médicales [5]. L'hypnose est moins indiquée chez les patients âgés de plus de 50 ans et ceux ayant à la base une maladie psychiatrique. Bien que l'hypnose pratiquée par un thérapeute bien formé et expérimenté soit sans danger, de nombreux patients doivent surmonter un seuil de réticence. De plus, l'accès aux thérapeutes disponibles est limité selon les régions.

### Médecines alternatives

De nombreux patients souffrants d'IBS font appel au moins de temps à autre aux médecines alternatives. Une étude pilote récemment publiée montre que la prise de *Lactobacillus plantarum* peut diminuer les douleurs et les ballonnements chez les patients souffrant d'IBS [6]. Un effet durable a été décrit pour les plantes chinoises antarum [7]. Des données préliminaires montrent que l'acupuncture pourrait également être efficace dans le traitement de l'IBS [8].

### Nouvelles substances

Différentes nouvelles substances sont en phase de développement et d'évaluation. Les plus prometteuses d'entre elles sont les kappa-opioides (Fedozotin) agissant au niveau spinal, l'agoniste du récepteur 5-HAT<sub>4</sub> tegaserod (Zelmac®), et jusqu'à récemment aussi l'antagoniste du récepteur 5-HAT<sub>3</sub> alosetron (Lotronex®). L'efficacité de la Fedozotin est documentée non seulement pour l'IBS mais également pour la dyspepsie [9]. Elle influence uniquement la perception et non la motilité. La Tegaresode accélère le transit du colon et pourrait être indiqué lors de d'IBS-O [10]. Mais son efficacité diminue dans un pourcentage important des patients après un emploi continu de plus de 12 mois. Le développement de l'Alosetron fut également intéressant. Son efficacité et sa sécurité ont pu être documentées dans plusieurs études chez les patientes souffrant d'IBS-D [10-12]. Mais ce médicament a été retiré de façon surprenante du marché mondial en décembre 2000 en raison d'une augmentation des cas de colite ischémique. La relation causale entre l'Alosetron et la colite ischémique n'est cependant pas prouvée.

## Bilan et perspectives

Même si des progrès conceptuels certains ont été réalisés ces dernières années dans la compréhension de la pathophysiologie de l'IBS, l'étiologie du «trouble de comportement intestinal» n'est pas toujours élucidable dans les cas individuels. Le traitement sera très vraisemblablement facilité par l'introduction sur le marché, prévisible dans un proche avenir, de nouvelles substances, respectivement de substances en phase de développement, agissant

plus sélectivement. L'avenir montrera la place définitive que pourront prendre ces nouveaux médicaments. Ils doivent encore passer l'examen des études à grandes échelles, qui mettront en évidence des éventuels effets secondaires inattendus et qui pourront éventuellement préciser leur indication selon les sous-types d'IBS.

Il faudra examiner attentivement les critères de sélections des patients et les annonces de succès thérapeutique en raison de l'effet placebo marqué propre dans tout traitement de troubles fonctionnel. Il ne faut pas s'attendre à ce que ces nouveaux traitements puissent résoudre tous les problèmes.

Les patients souffrant chroniquement d'IBS sévère demeureront un grand défi thérapeutique. Les traitements médicamenteux restent souvent sans effets ou entraînent des effets secondaires chez ces patients ayant souvent subi plusieurs interventions chirurgicales et dont le quotidien est dominé par les symptômes de l'IBS. Comme dans chaque pathologie chronique, une relation patient-médecin positive résistante à toute épreuve est alors essentielle pour ces patients.

## Quintessence

- L'entretien thérapeutique médical, les mucilages, les spasmolytiques, les anti-diarrhéiques et parfois les antidépresseurs et les interventions psychothérapeutiques, respectivement le training autogène sont des modalités thérapeutiques établies.
- Des nouvelles substances mentionnées, seule l'agoniste du récepteur 5-HT<sub>4</sub> Tegaserod (Zelmac®) sera probablement disponible dans le courant de l'année.

## Références

- 1 Jailwala J, Imperiale TF, Kroenke K. Pharmacologic Treatment of the Irritable Bowel Syndrome: A Systematic Review of Randomized, Controlled Trials. *Ann Intern Med* 2000;133:136-47.
- 2 Owens DM, Nelson DK, Talley NJ. The irritable bowel syndrome: long-term prognosis and the physician-patient interaction. *Ann Intern Med* 1995;122:107-12.
- 3 Lu CL, Chen CY, Chang FY, Chang SS, Kang LJ, Lu RH, Lee SD. Effect of a calcium channel blocker and antispasmodic in diarrhoea-predominant irritable bowel syndrome. *J Gastroenterol Hepatol* 2000;15:925-30.
- 4 Efskind PS, Bernklev T, Vatn MH. A double-blind placebo-controlled trial with loperamide in irritable bowel syndrome. *Scand J Gastroenterol* 1996;31:463-8.
- 5 Whorwell PJ. Hypnotherapy in irritable bowel syndrome. *Lancet* 1989;1(8638):622.
- 6 Nobaek S, Johansson ML, Molin G, Ahrne S, Jeppsson B. Alteration of intestinal microflora is associated with reduction in abdominal, bloating and pain in patients with irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol* 2000;95:1238.
- 7 Bensoussan A, Talley NJ, Hing M, Menzies R, Guo A, Ngu M. Treatment of irritable bowel syndrome with Chinese herbal medicine: a randomized controlled trial. *JAMA* 1998;280:1585-9.
- 8 Chan J, Carr I, Mayberry JF. The role of acupuncture in the treatment of irritable bowel syndrome: a pilot study. *Hepatogastroenterology* 1997;44:1328-30.
- 9 Delvaux M, Louvel D, Lagier E, Scherrer B, Abitbol JL, Frexinos J. The kappa agonist fedotozine relieves hypersensitivity to colonic distention in patients with irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 1999;116:38-45.
- 10 Prather CM, Camilleri M, Zinsmeister AR, McKinzie S, Thomforde G. Tegaserod accelerates orocecal transit in patients with constipation-predominant irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 2000;118:463-8.
- 11 Camilleri M, Northcutt AR, Kong S, Dukes GE, McSorley D, Mangel AW. Efficacy and safety of alosetron in women with irritable bowel syndrome: a randomised, placebo-controlled trial. *Lancet* 2000;1(9209):1035-40.
- 12 Camilleri M, Mayer EA, Drossman DA, Heath A, Dukes GE, McSorley D, Kong S, Mangel AW, Northcutt AR. Improvement in pain and bowel function in female irritable bowel patients with alosetron, a 5-HT<sub>3</sub>-receptor antagonist. *Aliment Pharmacol Ther* 1999;13:1149-59.