

SIBO – savons-nous ce que nous faisons?

Le dilemme d'un diagnostic spécifique pour des troubles non spécifiques

PD Dr méd. et Dr phil. Maria M. Wertli

Leitende Ärztin, Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin, und Stv. Leiterin, Medizinische Poliklinik, Inselspital Bern



Maria M. Wertli

Dans un article de revue intéressant, Wilhelmi et al. discutent de l'état actuel de la prévalence, du diagnostic et du traitement du «small intestinal bacterial overgrowth» (SIBO) [1]. Dans leur algorithme thérapeutique, les auteurs essaient de conférer une certaine sécurité aux cliniciens et recommandent de suivre le conseil suivant: «Les patients présentant une anamnèse et des symptômes typiques (ballonnements, diarrhée/constipation, douleurs abdominales) et de surcroît des facteurs de risque de SIBO devraient faire l'objet d'investigations destinées à rechercher cette affection». Néanmoins, certaines questions des plus pertinentes pour la pratique clinique restent ouvertes.

Dans la médecine idéale et selon les postulats de Koch, un agent provoque une maladie et, lorsque l'agent est traité, la maladie est également guérie [2]. Le travail bactériologique de Koch a conduit à la découverte des mycobactéries en tant que cause de la tuberculose [3]. Il comprit que ce n'est pas la bactérie en elle-même, mais la pénétration du parasite dans l'organisme ainsi que sa prolifération au sein de l'organisme qui est nécessaire pour démontrer la relation causale. Dans le cadre

du SIBO ou prolifération (bactérienne) de l'intestin grêle, comme le nom l'indique, la situation est différente. Le SIBO décrit un phénomène dont les conséquences et la causalité ne sont pas entièrement comprises [4]. Un postulat plausible est que la présence accrue de bactéries fermentant les glucides provoque l'apparition de ballonnements et symptômes gastro-intestinaux, qui peuvent alors être traités par la réduction du nombre de bactéries. Un algorithme diagnostique et thérapeutique est dérivé de cette hypothèse, tout à fait dans l'esprit des postulats de Koch, bien que la chaîne causale ne soit pas démontrée.

Si nous pouvions enfin fournir un diagnostic spécifique à nos patients présentant des symptômes non spécifiques, cela serait assurément commode pour les cliniciens et les patients. Mais la pratique clinique est plus complexe que cela. Il existe une association avec les symptômes non spécifiques que sont les ballonnements, les douleurs abdominales et la diarrhée, sans classification histopathologique, de telle façon que nous ne savons pas avec précision ce qui est traité au bout du compte. Il convient de partir du principe qu'il peut y avoir de multiples déclencheurs, qu'il y ait ou non une association entre un taux accru de bactéries dans le jéjunum terminal et les symptômes mentionnés (fig. 1).

La mise en culture de bactéries issues du jéjunum terminal est considérée comme le test de référence pour le diagnostic de SIBO, la colonisation bactérienne intestinale étant un continuum. Les études dédiées à la culture bactérienne qui ont été résumées dans l'article de Khoshini et al. [5] étaient hétérogènes et incluaient le plus souvent moins de 15 sujets contrôles asymptomatiques, de sorte que la colonisation du jéjunum terminal dans la population normale n'est pas précisément connue. En effet, dans une étude menée chez 26 contrôles sains, on a trouvé une colonisation de $\geq 10^3$ bactéries en culture chez 12% et de $\geq 10^5$ chez 1% de ces contrôles. [6]. Si le seuil de définition du SIBO est abaissé de 10^5 à 10^3 bactéries en culture, le SIBO est en conséquence faussement diagnostiqué chez un nombre considérablement plus élevé de personnes.

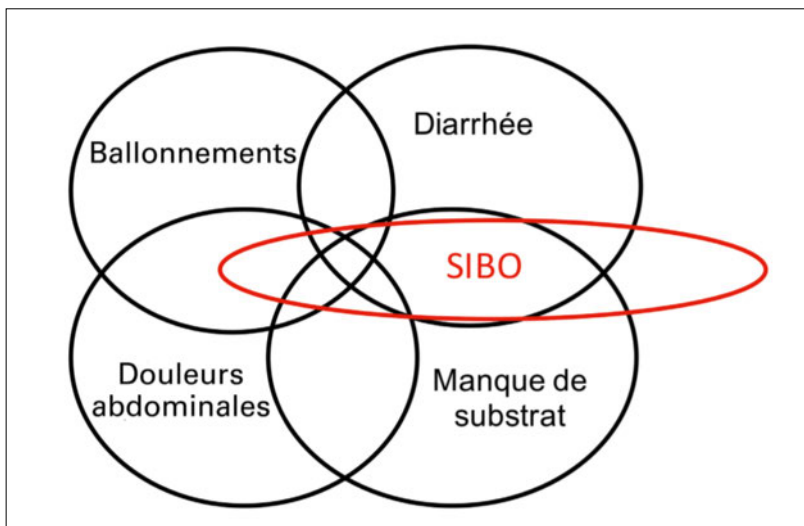


Figure 1: Cadre conceptuel potentiel du SIBO («small intestinal bacterial overgrowth») dans la pratique clinique.

Tableau 1: Propriétés des tests pour le diagnostic du SIBO (adapted by permission from Springer Nature: Khoshini R, Dai SC, Lezcano S, Pimentel M. A systematic review of diagnostic tests for small intestinal bacterial overgrowth. *Dig Dis Sci.* 2008;53(6): 1443–54. © 2007).

Études	Patients	Sensibilité %	Spécificité %	RV +	RV -
Test respiratoire au glucose					
Donald [1992]	39	20	77	0,9	1,0
Bauer [2000]	40	41	45	0,7	1,3
Bauer2 [2000]	40	27	80	1,4	0,9
Corazza [1990]	77	62	83	3,6	0,5
Kerlin [1988]	27	93	78	4,2	0,1
Ghoshal [2006]	32	45	31	0,7	1,8
MacMahon [1996]	30	75	30	1,1	0,8
Stotzer [2000]	46	58	86	4,1	0,5
Kaye [1995]	8	ns	ns		
Pignata [1990]	5	ns	ns		
Posserud [2007]	162	ns	ns		
Saltzman [1994]	17	ns	ns		
Bjornekelett [1983]	22	ns	ns		
de Boissieu [1996]	18	ns			
Test respiratoire au lactulose					
Corazza [1990]	77	68	44	1,2	0,7
Ghoshal [2006]	32	31	86	2,2	0,8
Riordan [1996]	28	17	70	0,6	1,2
Bjornekelett [1983]	22	ns	ns		
Saltzman [1994]	17	ns	ns		
Walters [2005]	39	ns	ns		
Teo [2004]	18	ns	ns		
Rhodes [1979]	6	ns	ns		
King-Maung-U [1992]	19	ns	ns		

RV+ = rapport de vraisemblance positif; RV- = rapport de vraisemblance négatif; ns = non significatif

Interprétation de la valeur du test:

LR+: >10 très bonne; 5–10 bonne; 2–5 moyenne; 1–2 mauvaise

LR-: <0,1 très bonne; 0,1–0,2 bonne; 0,2–0,5 moyenne; 0,5–1 mauvaise

La culture bactérienne étant une procédure complexe, les médecins font probablement souvent l'impasse dessus. Différents tests pouvant représenter une alternative sont abordés dans l'article de revue; ils ont plus ou moins bien été analysés par rapport au test de référence. Selon Jaeschke et al. [7], la valeur diagnostique d'un test peut être évaluée au moyen du rapport de vraisemblance (RV). Un RV positif (RV+) de ≥ 5 est bon, de 2–5, moyen et de 1–2, mauvais. La valeur prédictive du meilleur test indirect disponible – le test respiratoire au glucose (tab. 1) – était mauvaise dans la plupart des études. La sensibilité très variable, allant de 20 à 92%, reflète la nature non spécifique du SIBO et elle est également observée pour d'autres maladies non spéci-

fiques [8]. Il est important de mentionner que dans six études, absolument aucune association n'a été trouvée entre le test respiratoire au glucose et la mise en culture. Le test respiratoire au glucose ne devrait donc être utilisé qu'en cas de probabilité pré-test moyennement élevée à élevée, et la question d'une quelconque utilité du test se pose. Et ce encore plus particulièrement compte tenu du fait que le RV négatif (RV-), qui pourrait aider à exclure un SIBO, était insuffisant dans la plupart des études. Les propriétés du test respiratoire au lactulose sont encore plus mauvaises et elles ne peuvent pas être recommandées pour la pratique clinique.

Alors que l'interaction entre le microbiome et les symptômes cliniques est d'un grand intérêt, de futures études de haute qualité devraient définir de façon plus claire pour quels patients le traitement du SIBO est pertinent et efficace avant que ce diagnostic ne trouve une large application dans la pratique clinique [3]. L'algorithme thérapeutique proposé par les auteurs, avec contrôle de l'efficacité par test respiratoire après l'antibiothérapie, doit être remis en question en raison des mauvaises propriétés de ces tests ainsi que du peu de données relatives à l'efficacité de l'antibiothérapie du fait de l'absence d'études contrôlées contre placebo. Il conduira sans aucun doute à un sur-traitement des patients et procure une fausse sécurité. Les manifestations cliniques sont au premier plan et, dans la pratique de médecine interne, nous voyons souvent des patients qui ont reçu une antibiothérapie dans le cadre d'une suspicion de SIBO, sans succès significatif durable. Au vu de l'association non spécifique du SIBO et de la valeur diagnostique du test respiratoire, parler d'un SIBO réfractaire aux traitements semble hasardeux. Il est fort possible que, dans de futures études, les causes microbiologiques des symptômes intestinaux non spécifiques soient identifiées (cf. découverte de *Helicobacter pylori*). Cependant, l'état actuel des données sur le sujet est trop incertain, et des études de haute qualité sont nécessaires avant qu'une large application de l'antibiothérapie empirique ne puisse être recommandée dans la pratique.

Disclosure statement

L'auteur n'a pas déclaré d'obligations financières ou personnelles en rapport avec l'article soumis.

Références

La liste complète des références est disponible dans la version en ligne de l'article sur www.medicalforum.ch

Correspondance:

PD Dr méd. Dr phil.

Maria Wertli

Leitende Ärztin, Universitätsklinik für Allgemeine

Innere Medizin, und

Stv. Leiterin, Medizinische

Poliklinik

Inselspital

CH-3010 Bern

[maria.wertli\[at\]insel.ch](mailto:maria.wertli[at]insel.ch)