



Troubles du transit du fonctionnel à l'organe



Dr Elodie CESBRON-METIVIER

Service de gastro-entérologie

CHU Angers

Cas clinique 1

- ▶ Femme de 42 ans
- ▶ Cs pour constipation ancienne avec majoration des douleurs abdominales
- ▶ Prise d'antalgique plusieurs fois par semaine,
- ▶ Pas d'absentéisme au travail, pas de réveil nocturne
- ▶ Prise pondérale de 3kg en un an
- ▶ Séparation récente
- ▶ Introduction récente d'un traitement anti dépresseur



Cas clinique 2

- ▶ Jeune fille de 17 ans, en terminale
- ▶ Constipation et Douleur sur le flanc gauche depuis plus de 2 ans et rectorragies, absentéisme scolaire ++
- ▶ Coelio à 15 ans en pédiatrie pour tt d'un kyste ovarien découvert devant les douleurs, mais persistance des douleurs. Rectosigmoidoscopie en pédia pour rectorragies RAS
- ▶ Bio RAS, Colo à 17 ans RAS
- ▶ Revue en cs car récurrence de rectorragies (sans sa mère): fissure anale et **surtout ras le bol de l'internat**



Désordres fonctionnels digestifs

- ▶ **Première cause de cs en gastro entérologie**
- ▶ Anomalies morphologiques et fonctionnelles
 - ▶ Troubles de motricité
 - ▶ Hypersensibilité viscérale
 - ▶ Altération de la barrière muqueuse, augmentation de la perméabilité membranaire
 - ▶ déséquilibre du microbiote intestinal
 - ▶ Dérégulation du système nerveux central



« L'intestin notre deuxième cerveau »

- ▶ Expression des émotions (*ex :un nœud à l'estomac, se faire de la bile, la rate au court-bouillon, rester sur l'estomac, ne pas digérer qq chose, la peur au ventre...*)
- ▶ Données culturelles :
 - ▶ perception des symptômes différente en fonction des populations
 - ▶ Reconnaissance sociétale inégale

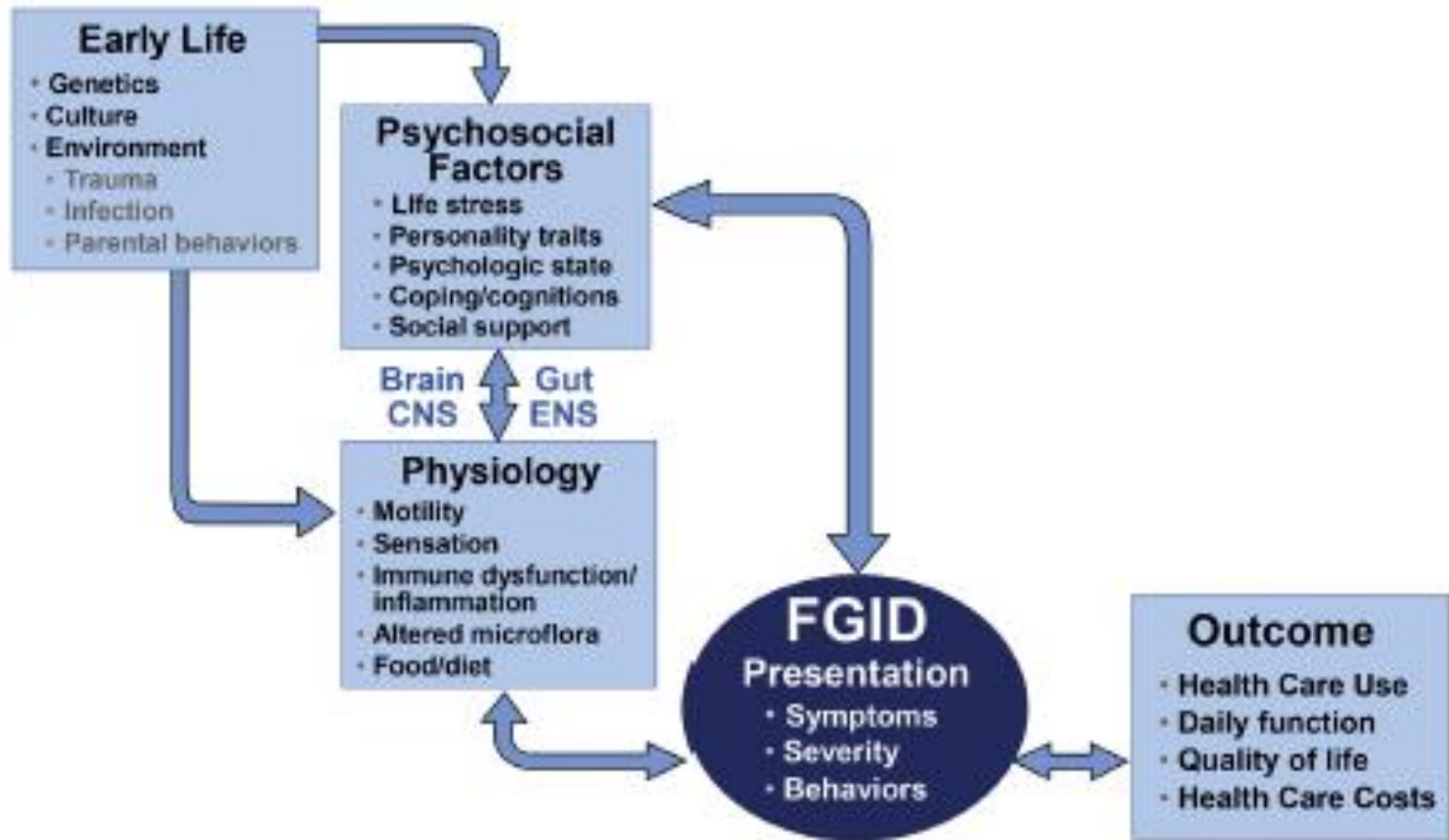


Historique

- ▶ Antiquité jusqu'au XVI^e : holisme
- ▶ Descartes et le dualisme : *séparation Corps-Esprit*
- ▶ 1800 Pasteur et Bacille de Koch : phase étiologique, microbiologie
- ▶ 1833 Beaumont: lien entre tube digestif et cerveau, Pavlov, Observations de fistules gastriques et modif avec émotions
- ▶ Ere de la recherche : recherche physiologique et psychosociale
- ▶ Modèle biopsychosocial et neurogastroentérologie de Engel (1977 interniste et psychoanalyste)



Biopsychosocial Conceptual Model



2016: Rome IV

definition is as follows: functional GI disorders are disorders of gut-brain interaction. It is a group of disorders classified by GI symptoms related to any combination of the following: motility disturbance, visceral hypersensitivity, altered mucosal and immune function, altered gut microbiota, and altered central nervous system (CNS) processing.



Table 2. Functional Gastrointestinal Disorders: Disorders of Gut–Brain Interaction

A. Esophageal Disorders

- | | |
|-----------------------------|--------------------------|
| A1. Functional chest pain | A4. Globus |
| A2. Functional heartburn | A5. Functional dysphagia |
| A3. Reflux hypersensitivity | |

B. Gastroduodenal Disorders

- | | |
|---|--|
| B1. Functional dyspepsia | B3. Nausea and vomiting disorders |
| B1a. Postprandial distress syndrome (PDS) | B3a. Chronic nausea vomiting syndrome (CNVS) |
| B1b. Epigastric pain syndrome (EPS) | B3b. Cyclic vomiting syndrome (CVS) |
| B2. Belching disorders | B3c. Cannabinoid hyperemesis syndrome (CHS) |
| B2a. Excessive supragastric belching | B4. Rumination syndrome |
| B2b. Excessive gastric belching | |

C. Bowel Disorders

- | | |
|---|--|
| C1. Irritable bowel syndrome (IBS) | C2. Functional constipation |
| IBS with predominant constipation (IBS-C) | C3. Functional diarrhea |
| IBS with predominant diarrhea (IBS-D) | C4. Functional abdominal bloating/distension |
| IBS with mixed bowel habits (IBS-M) | C5. Unspecified functional bowel disorder |
| IBS unclassified (IBS-U) | C6. Opioid-induced constipation |

D. Centrally Mediated Disorders of Gastrointestinal Pain

- D1. Centrally mediated abdominal pain syndrome (CAPS)
D2. Narcotic bowel syndrome (NBS)
 Opioid-induced GI hyperalgesia

E. Gallbladder and Sphincter of Oddi (SO) Disorders

- E1. Biliary pain
 E1a. Functional gallbladder disorder
 E1b. Functional biliary SO disorder
E2. Functional pancreatic SO disorder

F. Anorectal Disorders

- | | |
|--|---------------------------------------|
| F1. Fecal incontinence | F2c. Proctalgia fugax |
| F2. Functional anorectal pain | F3. Functional defecation disorders |
| F2a. Levator ani syndrome | F3a. Inadequate defecatory propulsion |
| F2b. Unspecified functional anorectal pain | F3b. Dyssynergic defecation |

2016: Critères de Rome IV

I. **Syndrome Intestin Irritable :**

- ▶ **douleurs abdominales (>1 par semaine)**
- ▶ + troubles du transit
- ▶ 4 différents sous types
 - ▶ TFI constipation : >25% selles dures et <25% selles liq
 - ▶ TFI diarrhée: >25% selles liq et <25% selles dures
 - ▶ TFI mixte : >25% selles dures et >25% selles liq
 - ▶ TFI inclassée: <25% selles dures et <25% selles liq



Diarrhée fonctionnelle, constipation fonctionnelle : peu ou pas de douleur

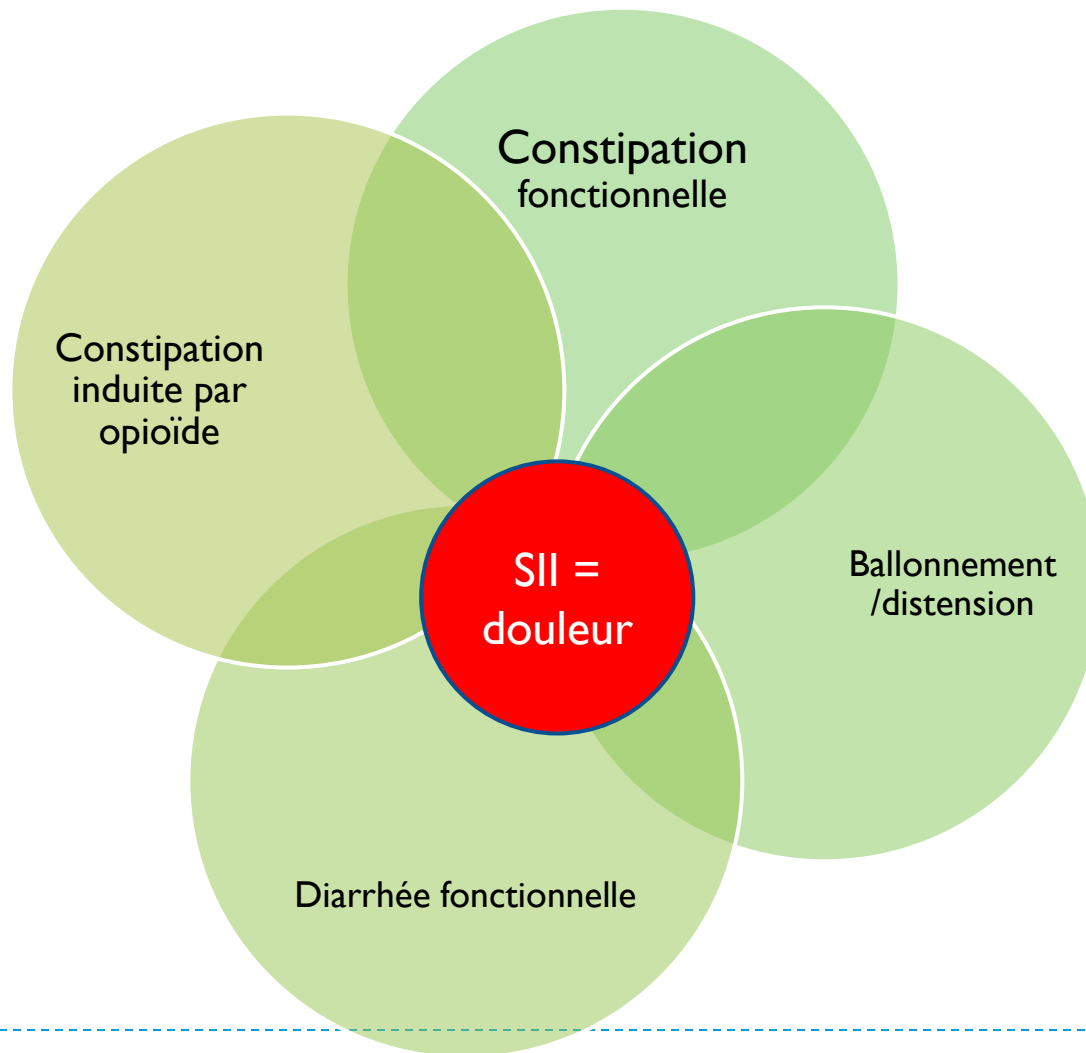
2. **Diarrhée** : selles liq

3. **Constipation** seuil 25% selles dures, efforts de défécation, manœuvre digitale, évacuation incomplète, blocage terminal.. Et moins de 3 selles/sem

4. **Ballonnements**

5. **Syndrome douloureux aux opioïdes**





Prise en charge

1. Améliorer la satisfaction du patient sur sa prise en charge
2. Ecoute libre centrée sur le ressenti
3. déterminer la raison directe de cette visite (aggravation, pression familiale, stress récent, maladie d'un proche...)
4. Examen soigneux
5. Déterminer le niveau de connaissance de sa maladie
6. Expliquer les symptômes
7. Identifier et répondre de façon réaliste aux attentes du patients
8. Faire le lien entre le stress et les symptômes
9. Fournir des limites (pas de recourt aux opioïdes)
10. Impliquer le patient en **proposant** des traitements
11. Recommander et expliquer les lignes thérapeutiques (antidépresseurs)
12. Etablir un suivi médical en lien avec médecin traitant



traitement

- ▶ Correction des troubles du transit
 - ▶ Laxatifs osmotiques, mucilage, rarement loperamide
- ▶ Antispasmodiques
- ▶ Action sur la flore digestive
 - ▶ Tt antibiotiques, probiotiques
- ▶ Anti dépresseurs
 - ▶ Tricycliques , efficacité progressive
 - ▶ IRS
- ▶ Régime alimentaire
- ▶ Thérapeutiques alternatives : hypnose, ostéopathie



Cas clinique 4

- ▶ Patient de 52 ans hospitalisé depuis plusieurs semaines au CRRRF suite à un AVC avec hémiparésie persistante
- ▶ Diarrhée depuis 1 mois sans AEG
- ▶ Bio RAS, coproculture –
- ▶ Médicaments: simvastatine, celiprolol, gabapentine
- ▶ Rectosigmoidoscopie: examen macroscopique normal et biopsies en faveur d'une colite lymphocytaire



Colite microscopique

Responsabilité certaine	Responsabilité probable ou possible
Acarbose	Carbamazépine
AINS	Daflon®Ginkor Fort®
Aspirine	Flutamide
Cyclo3Fort®, Cirkan®	IRS
Lansoprazole	Lisinopril
Ranitidine	L-Dopa
Sertraline	Oxetorone
Simvastatine	Piascledine
Ticlopidine	Sels d'or
	Statines
	Tardyferon®
	IPP autres que le lansoprazole



▶ **Severe intestinal malabsorption associated with olmesartan: a French nationwide observational cohort study.**

- ▶ Basson M, Mezzarobba M, Weill A, Ricordeau P, Allemand H, Alla F, Carbonnel F
- ▶ January 2007 and 31 December 2012
- ▶ with no prior hospitalisation for intestinal malabsorption,
- ▶ **4 546 680 patients (9 010 303 person-years) were included, and 218 events observed**

- ▶ olmesartan multiplie par plus de 2 chez des malades âgés de plus de 60 ans le risque d'hospitalisation pour une malabsorption simulant souvent une maladie coeliaque avec un risque croissant avec la durée de traitement (risque multiplié par 10 pour une durée de traitement excédant 2 ans).

GUT 2016

ALTEIS

OLMETEC

COOLMETEC

AXELER

SEVIKAR



Recherche de symptômes associés

- ▶ Signes d'alarme: amaigrissement, diarrhée nocturne, rectorragies
- ▶ Signes orientant vers une pathologie humorale
 - ▶ Diarrhée+ Flush ou malaise:
 - ▶ syndrome carcinoïde (diarrhée motrice des tumeurs endocrines)
 - ▶ Dégranulation des mastocytoses systémiques
 - erythème prurigineux de qq min, partie haute du corps
 - Facteurs favorisants : stress, variations thermiques, médicaments (AINS, aspirine, opiacés, lidocaine, ampho B..)
 - Enfant et adulte jeune
 - Dosage de la tryptase
 - Traitement : kit d'adrénaline, éviter les facteurs déclenchant, anti histaminiques H1+H2



-
- ▶ Description de la diarrhée pour malabsorption
 - ▶ Stéatorrhée: dosage élastase fécale = insuffisance pancréatique exocrine = TDM abdo avec inj artérielle et portale
 - ▶ lientérie



constipation

- ▶ Date d'apparition
- ▶ Prise de médicament
- ▶ Difficultés d'exonération?? Manœuvre digitale
 - ▶ Testing sphinctérien recherche d'un asynchronisme abdomino périnéal
 - ▶ Abus sexuel??
- ▶ Coloscopie à discuter
- ▶ Temps de transit aux pellets permet de vérifier l'absence de troubles moteurs localisés et d'avoir une idée du temps de transit.



conclusion

- ▶ Troubles du transit
 - ▶ Rechercher signes d'alarme et symptomatologie associée
 - ▶ Vérification des ordonnances
 - ▶ TFI très probable
 - ▶ Traitement symptomatique première intension
 - ▶ Avis spécialisé ensuite

