# Colon irritable

Michael Friedt, Zurich
Traduction: Rudolf Schlaepfer, La Chaux-de-Fonds

Cet article est la traduction française d'un article paru dans le journal «Montatsschrift Kinderheilkunde» (2008; 156: 275–286)

## Résumé

*Le syndrome du colon irritable (en anglais «irritable bowel syndrome», IBS) est une maladie gastro-intestinale caractérisée par des douleurs ou un inconfort abdominaux chroniques et un transit irrégulier, sans mise en évidence d'une cause organique. Récemment les critères de Rome, une classification des maladies gastro-intestinales fonctionnelles, ont été adaptés à l'enfance et à l'adolescence. La prévalence de l'IBS se situe entre 5 et 15%. Seuls 10–30% des malades sollicitent le médecin. En l'absence de symptômes alarmants ou de diarrhée chronique, des recherches diagnostiques de base sont suffisantes. Etiologie et pathogénèse ne sont pas claires. À côté d'autres facteurs, un trouble de la motilité et une hypersensibilité viscérales jouent probablement un rôle. Le traitement est symptomatique et doit être adapté à chaque patient.*

En 1881 sont mentionnés pour la première fois ensemble, dans la littérature anglaise, les 3 symptômes cardinaux «abdominal pain, … derangement of … digestion … and … flatulence». Cumming[6] écrit en 1849 «The bowels are at one time constipated, another lax, in the same person. How the didease has two such different symptoms I do not profess to explain». Etiologie et pathogénèse ne sont de nos jours toujours pas claires. À l'aide des critères de Rome, établis lors d'une réunion de consensus d'experts pour la classification et la définition des maladies gastro-intestinales fonctionnelles, les critères diagnostics ont été révisés en 2006 (www.romecriteria.org/); en l'absence de symptômes alarmants ou de diarrhée chronique, des recherches diagnostiques de base sont suffisantes. La prévalence est mondialement de 5–15%, mais seuls 10–30% des malades consultent.

L'IBS («irritable bowel syndrome») est la cause d'absentéisme la plus fréquente après les maladies grippales. Les coûts directs et indirects ont été estimés pour l'an 2000 à plus de 20 milliards d'US$. Le traitement est symptomatique et doit être adapté individuellement.

## Définition

Dans les années 1970, Manning et al[31] ont entrepris d'établir pour la première fois des critères diagnostics pour l'IBS. Les critères de Manning résultent de la comparaison de symptômes de patients ayant des douleurs abdominales chroniques, chez lesquels a été diagnostiquée par la suite une maladie soit organique soit fonctionnelle. Ils englobent 6 points:

I. Douleurs soulagées par la défécation
II. Selles plus fréquentes lors de douleurs
III. Selles plus molles lors de douleurs
IV. Ballonnement abdominal visible
V. Mucus sur les selles
VI. Sensation d'exonération incomplète

Durant les 20 dernières années, plusieurs réunions d'experts ont eu lieu à Rome (les critères de Rome I ont été publiés en 1990) pour définir des critères précis, validés et utiles pour le diagnostic de l'IBS[11), 44)]. Les critères de Rome III de l'IBS de l'adulte sont représentés dans le *tableau*[130].

Durant ces dernières années, on a essayé de classifier l'IBS selon le symptôme dominant qui est le trouble du transit. La plupart de ces études mettent en évidence chez environ un tiers des patients un IBS à prédominance de diarrhées (diarrhoea-predominant IBS, IBS-D), chez 1/3 un IBS à prédominance de constipation (constipation-predominant IBS, IBS-C) et pour les patients restants une alternance de diarrhée et constipation (mixed IBS, IBS-M). La grande majorité des études pourtant ne différencie pas entre ces différents sous-groupes. Par ailleurs environ un tiers des patients changent de sous-groupe au courant d'une année[49].

L'IBS de l'enfant et de l'adolescent est défini selon les critères de Rome III de 2006 *(tableau 2)*.

De cette définition doit être exclue la diarrhée fonctionnelle du nourrisson et du petit enfant («toddler's diarrhoea» ou «irritable colon of childhood») qui apparaît à l'âge de 6–36 mois. Elle se caractérise par l'émission quotidienne de plus de 3 selles abondantes et défaites durant au moins 4 semaines, sans troubles de la croissance staturo-pondérale[45].

Troubles organiques et fonctionnels pouvant coexister chez certains patients, une grande prudence est de mise lors du diagnostic d'une maladie fonctionnelle; les causes organiques devant être exclues.

## Epidémiologie

Les définitions de l'IBS n'étant pas uniformes (critères de Manning, Rome I-III), une comparaison des données épidémiologiques n'est possible que sous réserve[1), 22)]. Ces données sont influencées également par la manière dont elles ont été collectées (rétrospective, prospective) et par d'autres facteurs (collectif examiné, âge, sexe). Dans une enquête faite dans des écoles d'Amérique du Nord, la prévalence chez l'enfant et l'adolescent était de 6% à l'âge de 12 ans et de 14% à 16 ans[19]. En Chine, dans une étude randomisée, basée sur des questionnaires distribués dans 9 écoles avec au total 5403 écoliers (âgés de 6 à 18 ans), la prévalence était de 12%, la proportion garçons: filles de 1:1.8, cette différence n'étant pourtant statistiquement pas significative[9].

Mondialement, dans les pays industrialisés et dans les pays en voie de développement,

| | |
|---|---|
| Présence durant au moins 3 jours par mois pendant trois mois de douleurs abdominales ou de sensation de gêne dans l'abdomen en association avec au moins 2 des signes suivants: | • Diminution après défécation<br>• Début par une modification de la fréquence des selles<br>• Début par une modification de la consistance / de l'aspect des selles |
| Absence d'indices en faveur d'une maladie inflammatoire, anatomique, métabolique ou néoplasique expliquant les symptômes observés | |

Tableau 1: **Critères de Rome III de l'IBS adulte (d'après[30]).**

l'IBS s'observe avec une prévalence moyenne de 5–15% (avec des pourcentages variant selon les critères diagnostics utilisés). Il s'agit d'une des raisons les plus fréquentes de consultation chez le médecin généraliste. On estime qu'un tiers au maximum des personnes souffrant d'un IBS consultent un médecin. Certaines études révèlent fréquemment la présence, chez les patients consultant un médecin, de troubles du comportement et de troubles psychiatriques[1), 49)]. La plupart des études constatent une prépondérance du sexe féminin (2:1).
Aux USA, les coûts estimés sont, pour les adultes, de 8 milliards US$ de coûts directs (consultations médicales, laboratoire etc.) et d'environ 25 milliards US$ par année de coûts indirects[1), 18)]. Après les refroidissements, l'IBS est la deuxième cause la plus fréquente d'absentéisme.

## Etiologie et pathogénèse

Les bases physiopathologiques de l'IBS sont complexes et l'étiologie n'est toujours pas claire[1), 11), 18), 35), 53)].
Certaines études mettent en avant une prédisposition génétique autant que des facteurs environnementaux[27)]. Des troubles de la motilité gastro-intestinale, une hypersensibilité viscérale, des dysfonctions psychologiques et un stress émotionnel ont été observés par un grand nombre d'études. Malgré des recherches approfondies, les résultats sont pourtant en partie contradictoires et aucune modification physiologique ou physiopathologique spécifique pour cette maladie n'a été constatée jusqu'ici[49)].
Les symptômes non-spécifiques, douleurs abdominales et changements de transit, ont été observés aussi chez des personnes en bonne santé. Une infection, certaines habitudes alimentaires (p.ex. consommation excessive de graisses ou d'alcool), changements du style de vie (p.ex. voyages, activité physique plus intense) ou un stress psychologique peuvent déclencher ces troubles. Une enquête auprès d'étudiants et employés d'une clinique a montré que le stress p.ex. provoquait chez 71% des personnes questionnées des troubles du transit et chez 54% des douleurs et un inconfort abdominaux[10)].

## Génétique et environnement

L'IBS est fréquemment familial[7)]. Les parents au premier degré ont un risque deux fois plus élevé que les parents du partenaire de contracter un IBS. Ces études ne permettent pourtant pas de différencier entre l'influence génétique et celle de facteurs environnementaux communs[21)].

## Etudes de jumeaux

Partent de l'hypothèse que les paires de jumeaux monozygotes (MZ) et dizygotes (DZ) grandissent dans les mêmes conditions familiales et environnementales et que la cumulation de l'affection chez les jumeaux MZ indique donc un facteur génétique. Les études disponibles à ce jour donnent des résultats contradictoires et attestent globalement d'une forte influence environnementale et d'une faible influence génétique[27), 36), 37)].

## Interaction parents-enfant

L'influence des parents sur l'attitude vis-à-vis de la maladie et la conduite des troubles occasionnés par la maladie, joue probablement un rôle dans le développement d'un IBS. Les enfants de parents avec un IBS consultent plus fréquemment le médecin, souffrent plus souvent de troubles gastro-intestinaux et non gastro-intestinaux et manquent plus souvent à l'école[26), 28)].

## Troubles de la motilité

Utilisés depuis longtemps, les termes «colon irritable» ou «spastique» indiquent qu'on suspecte un trouble de la motilité. Fréquemment sont aussi prescrits des médicaments spasmolytiques, bien qu'efficacité et évidence ne soient que faibles. Chez l'IBS s'observent des troubles, variables, de la motricité/motilité gastro-intestinales (voir les différents sous-groupes)[33)]. Les selles sont irrégulières, constipation alternant avec diarrhée; la phase dominante change par ailleurs chez un tiers des patients au courant d'une même année, la motilité intestinale change donc probablement aussi[13)].
Une partie des patients présente un trouble de la motilité gastrique. Chez les patients avec constipation et troubles dyspeptiques associés, le transit de la nourriture solide est particulièrement ralenti[50)].
Les études concernant la motilité de l'intestin grêle de patients avec IBS n'ont pas donné de résultats homogènes. Le transit du grêle de patients avec IBS souffrant de diarrhée est plus rapide en comparaison avec des patients constipés. Contrairement aux contrôles sains, chez les patients avec IBS la dilatation du colon ne réduit pas la motilité duodénale[15)].
Les études concernant la motilité du colon donnent à leur tour des résultats variables, les mêmes changements ayant été décrits par ailleurs aussi chez des patients sans troubles d'IBS.

## Hypersensibilité viscérale

Inconfort et douleurs abdominaux contribuent à la morbidité des patients avec IBS et sont des critères diagnostics essentiels. Environ 2/3 des patients manifestent une sensation de désagrément ou douleur accentuée lors de distension intestinale. L'hyperalgésie viscérale a été observée déjà en 1973 lors d'examens au ballon[47)]. D'autres études chez l'adulte et l'enfant ont permis de reproduire ces observations[53)] et de les associer à une activité cérébrale accrue dans le cortex[25)].
Chez 50–70% des patients avec IBS on observe un seuil de douleur bas[57)]. L'hypersensibilité viscérale a été reproduite à tous les niveaux du tractus intestinal[52)]. Il est intéressant de constater que les patients avec IBS n'ont pas d'hypersensibilité somatique à la douleur et qu'ils ont probablement un seuil de douleur somatique élevé[14)]. L'hypersensibilité viscérale n'est pas spécifique pour l'IBS, étant observée aussi chez d'autres syndromes douloureux chroniques, p.ex. la fibromyalgie[5)].

| | | |
|---|---|---|
| Présence des symptômes suivants ≥ 1x /semaine pendant 2 mois | Inconfort et/ou douleurs abdominales accompagnés d'au moins 2 des signes ci-après lors d'au moins 25% des épisodes | diminution après défécation |
| | | début par une modification de la frequence des selles |
| | | début par une modification de la consistance/del'aspect des selles |

Tableau 2: **Critères de Rome III de l'IBS de l'enfant et de l'adolescent (d'après[44)]).**

## Inflammation

Plusieurs études indiquent de possibles modifications immunologiques dans le tractus gastro-intestinal de patients avec IBS. Entre autres a été mis en évidence un nombre élevé de mastocytes dans la muqueuse de l'iléum et du colon[55].

## IBS post-infectieux

Il est connu depuis longtemps qu'une partie des patients développe l'IBS après une infection gastro-intestinale (p.ex. avec shigelles, salmonelles, campylobacter). Dans des études prospectives plus récentes, chez 7–30% des patients ont été mis en évidence des symptômes d'IBS après guérison d'une gastro-entérite bactérienne prouvée[17), 32)]; ont aussi été constatés les facteurs de risque suivants:

- sexe féminin
- durée de la maladie
- présence de facteurs de stress au moment de la maladie aiguë.

Le stress psychique semble être un cofacteur important chez les patients qui développent un IBS après une infection intestinale. En cas d'IBS post-infectieux, on a observé des modifications de la motilité intestinale, de la fonction épithéliale (perméabilité accrue) et une augmentation des cellules entérochromaffines du colon.
Après une gastro-entérite, la majorité des patients ne développe pourtant pas d'IBS et la prévalence de l'IBS n'est pas augmentée dans les pays où les infections intestinales sont plus fréquentes: la pathogénèse exacte et les divers facteurs pouvant influencer la maladie ne sont pas clairs et demandent d'autres études[40].

## Facteurs psychosociaux

À partir d'un grand nombre d'études, on peut résumer les 4 aspects suivants:

1. Le stress psychique exacerbe les symptômes gastro-intestinaux.
2. Une comorbidité psychique et psychiatrique est fréquente chez le patient avec IBS.
3. Des facteurs psychosociaux influencent l'état de santé et l'évolution clinique.
4. Des facteurs psycho-sociaux amèneront certains patients avec IBS à consulter un médecin.

Dans les centres tertiaires, beaucoup de patients cumulent angoisses et dépressions[1), 56)]. Contrairement à ce qu'on pensait, des données récentes montrent également une cumulation de troubles psychiatriques chez des patients qui ne consultent pas le médecin[1), 2), 29), 57)]. Un facteur de risque fréquent, particulièrement lourd, est l'abus physique ou sexuel durant l'enfance ou l'adolescence[12), 51)]. L'efficacité du traitement avec des antidépresseurs ou des anxiolytiques chez une partie des patients parle également en faveur du rôle important de facteurs psychologiques dans le développement de symptômes d'IBS[57].

## Diagnostic

Critères diagnostics:
- anamnèse personnelle et familiale typique
- symptômes cliniques selon les critères de Rome III *(tabl.2)*
- exclusion d'autres maladies organiques ou fonctionnelles avec symptomatologie semblable *(tabl.3)*

Les diagnostics différentiels possibles et les investigations nécessaires devraient être discutés avec le patient. En présence de symptômes alarmants *(tabl.4)* tels perte de poids, fièvre, diarrhée chronique ou de maladies gastro-intestinales dans l'anamnèse familiale, des investigations approfondies s'imposent. L'absence de signes d'appel n'exclut pourtant pas une affection organique[38].

| | |
|---|---|
| Maladie de Crohn | Invasion bactérienne du grêle |
| Colite ulcéreuse | Infection (bactéries, parasites) |
| Coeliakie | Colite microscopique |
| Malabsorption du lactose | Gastro-entéropathie éosinophile |
| Malabsorption du fructose | Allergie/Intolérance alimentaire |
| Hypothyroïdie | Hyperparathyroïdie |
| Médicaments (opiacés, antiépileptiques) | Insuffisance pancréatique exocrine |

Tableau 3: **Diagnostics différentiels**

## Anamnèse et examen

Après une anamnèse incluant l'exploration des habitudes alimentaires, le transit, d'éventuels traitements médicamenteux en cours, des interventions abdominales (appendicectomie, cholécystectomie, opérations intestinales), des voyages, etc, l'évaluation de la situation psychosociale (motif de la consultation, peurs) est importante.
L'examen physique devrait inclure un status complet pour repérer p.ex. des manifestations extra-intestinales de maladies intestinales inflammatoires chroniques.
Doivent aussi être retenus l'état de nutrition, le poids, la taille et la relation poids/taille.

## Examens de laboratoire et investigations

Les investigations de base comprennent, selon les symptômes:
- formule sanguine
- paramètres inflammatoires (VS, CRP éventuellement calprotectine dans les selles)
- recherche de parasites dans les selles
- d'autres examens de laboratoire (sérologie pour la coeliakie, fonctions thyroïdiennes, test respiratoire au H2 à la recherche d'une intolérance au lactose ou d'une invasion bactérienne du grêle).

En cas de doutes ou devant la persistance des symptômes, le patient sera adressé au gastroentérologue pédiatre, pour évaluation et d'éventuelles investigations complémentaires. Les investigations complémentaires par endoscopie, visant à exclure une maladie inflammatoire chronique, une gastro-entéropathie éosinophile ou une colite microscopique, dépendront de la symptomatologie.

## Diagnostic différentiel

L'IBS est un des diagnostics différentiels évoqués devant les symptômes suivants *(tab.3)*:

- douleurs abdominales
- inconfort abdominal
- constipation
- diarrhée
- météorisme

Certains auteurs considèrent ce diagnostic comme un diagnostic d'exclusion, d'autres prônent une recherche diagnostique positive, sans exclusion d'affections orga-

niques. Pourtant des maladies organiques peuvent induire le tableau clinique de l'IBS, en l'absence de tout signe d'appel[38]. Cela rend le diagnostic difficile sans investigations complémentaires. Nous analysons ci-après, à titre d'exemple, quelques diagnostics différentiels importants.
La présentation de la coeliakie n'est pas toujours classique avec diarrhée, malabsorption, abdomen ballonné et dystrophie. Nous connaissons un grand nombre de

| |
|---|
| Douleurs chroniques localisées |
| Douleurs nocturnes |
| Dysphagie |
| Arthrite |
| Dermatite |
| Vomissements récidivants |
| Anomalies périanales (p.ex.fissures) |
| Saignements gastro-intestinaux |
| Perte de poids |
| Retard pubertaire |
| Retard de croissance |
| Anamnèse familiale (maladie de Crohn, coeliakie, carcinome du colon) |
| Diarrhée nocturne |
| Fièvre |
| Anamnèse de voyage |

Tableau 4: **Signes d'appel («red flags») (d'après[44])**

décours oligo-symptomatiques pouvant se manifester par une ostéopénie, une anémie, par des douleurs abdominales, inappétence ou constipation, en combinaison aussi avec les symptômes susmentionnés.
Les maladies inflammatoires chroniques sont encore souvent diagnostiquées tardivement chez l'enfant et l'adolescent lorsqu'elles ne se présentent pas avec des diarrhées sanguinolentes, mais avec des douleurs et un inconfort abdominaux chroniques (p.ex. après un repas lors de maladie de Crohn avec sténose intestinale). Des signes d'appel comme la perte de poids n'apparaissent souvent qu'après des années et ne se prêtent pas comme critère d'exclusion d'une maladie organique.
En cas de météorisme important et de diarrhée il faut exclure les infections bactériennes ou parasitaires (amibiase, lambliase). La maldigestion due à une insuffisance pancréatique exocrine est à l'origine de symptômes semblables et doit être exclue par dosage de l'élastase dans les selles.
La malabsorption du lactose et du fructose[59] doit être recherchée par l'anamnèse et éventuellement par le test respiratoire. Le test respiratoire au H2 permet aussi de prouver une invasion bactérienne du grêle par de la flore colique produisant des gaz (fréquemment après des interventions intestinales). En cas de constipation chronique – selon l'anamnèse et l'âge de l'enfant – doivent être exclus une maladie de Hirschsprung, une hypothyroïdie, une coeliakie entre autres affections. Selon l'anamnèse, on évoquera aussi une allergie ou intolérance alimentaire.
Nous ne discuterons pas ici le diagnostic différentiel d'autres troubles fonctionnels (aérophagie, dyspepsie, constipation), cela dépasserait le cadre de cette contribution. Le diagnostic d'un IBS peut être rendu difficile par une possible maladie organique (p.ex. maladie de Crohn) concomitante.

## Traitement

L'IBS est une maladie chronique d'origine inconnue. Le traitement s'oriente donc d'après les symptômes du patient. Un aspect important est le motif à l'origine de la consultation:

- facteurs de stress
- appréhensions, angoisses par rapport à la maladie
- pression psychologique
- absentéisme

L'objectif du traitement est finalement d'agir sur les trois symptômes cardinaux douleur, constipation, diarrhée. La stratégie s'oriente d'après le symptôme dominant et son intensité[1), 34), 49)].
La plupart des patients avec IBS connaissent une évolution limitée dans le temps, bénigne, ils ne sont pas perturbés dans leur activité quotidienne et répondent bien à un traitement symptomatique. À l'autre extrémité du tableau clinique, nous trouvons des patients avec un IBS aux troubles sévères, durant de longues années et assorti d'une comorbidité psychiatrique importante. Le traitement sera par conséquent long et complexe.

## Entretien

L'entretien représente la base du traitement d'un patient avec IBS. Il est important

- de reconnaître le poids que représente la maladie pour le patient
- de lui expliquer la maladie
- de souligner le pronostic favorable

Cela réconforte la plupart des patients, renforce leur bien-être, favorise l'acceptation des troubles et atténue le retour sur soi. La crainte, souvent inexprimée, des patients avec IBS que leur maladie serait due à une affection maligne, devrait être abordée ouvertement.

## Alimentation

Son rôle dans le contexte de l'IBS n'est pas clair. Alors qu'une majorité des patients est persuadée de souffrir d'une allergie alimentaire et a déjà derrière elle nombre de régimes alimentaires, les études et les analyses Cochrane concluent que les mesures diététiques ne sont couronnées de succès que chez une minorité de patients. Aucune étude n'a jusqu'ici prouvé un rôle déterminant de l'alimentation dans la pathogénèse ou le traitement de l'IBS. Certains aliments (p.ex. aliments gras, haricots, alcool, caféine, fibres alimentaires, excès en hydrates de carbone, édulcorants, fructose, lactose) semblent pourtant accentuer les symptômes chez certains patients. Une anamnèse alimentaire est utile et un essai empirique d'un régime pauvre en fructose et lactose, permettant d'exclure une malabsorption de ces glucides est certainement raisonnable chez certains patients. Il faut par contre éviter les régimes trop restrictifs chez les patients avec IBS[39].
L'apport en fibres alimentaires est souvent conseillé, une méta-analyse n'a pourtant pas prouvé d'effet thérapeutique[4].

## Psychothérapie

Lorsque, d'après le patient, le stress est un facteur déclenchant important des symptômes liés à l'IBS, d'éventuels traitements psychologiques (hypnose, relaxation musculaire progressive, biofeedback, psychothérapie ou thérapie comportementale) devraient être discutées[4]. Un traitement adéquat doit être instauré en cas de phobies ou de dépression.

## Traitement médicamenteux

Bien qu'il représente pour beaucoup de patients autant que de médecins l'option thérapeutique préférée, un grand nombre d'études contrôlées avec placebo n'en a pas prouvé l'efficacité.

**Spasmolytiques.** Souvent utilisés comme médicament de premier choix en cas de

douleurs. Une certaine efficacité a été démontrée dans des méta-analyses, mais les études ont été jugées insuffisantes sur le plan méthodique par rapport aux standards exigés[22]. D'après la plupart des études et analyses Cochrane, une amélioration des symptômes n'a été constatée que chez des patients isolés[4), 42), 43)].

**Loperamide.** Probablement utile par la diminution du nombre de selles et de la diarrhée, mais n'a aucun effet sur la douleur[4)].

**Laxatifs.** Utilisés en cas de constipation (p.ex. lactulose, polyethylène glycol).

**Antidépresseurs.** Ont un effet analgésique en plus de l'effet sur l'humeur. Les études chez l'adulte ne sont jusqu'ici pas unanimes[4), 20), 43)].

**Agonistes de la sérotonine.** Les agonistes du récepteur 5-hydroxytryptamine (sérotonine)-4 (5-HT4) induisent une libération de neurotransmetteurs, augmentent la motilité du colon et ont été utilisés lors d'IBS avec constipation.
Tegaserod, un agoniste partiel du récepteur 5-HT4 a été admis pour l'IBS avec constipation chez de jeunes femmes, mais a été retiré du marché en 2007 en raison de complications cardio-vasculaires.

**Antibiotiques.** Plusieurs études ont mis en évidence une amélioration des troubles chez des patients adultes avec IBS par différents antibiotiques (néomycine, rifaximine, métronidazole)[8), 41)]. La relation avec une invasion bactérienne du grêle n'a pas été prouvée dans une étude en double aveugle et contrôlée par placebo[48)]. Une amélioration clinique significative des ballonnements et de la flatulence dans le groupe traité par rifaximine a été obtenue dans le groupe traité par rifaximine.
Les études disponibles actuellement sont contradictoires[45), 54)]. Les études et les preuves d'efficacité chez l'enfant et l'adolescent font défaut.

**Probiotiques.** Plusieurs études en double aveugle et contrôlées par placebo ont démontré une amélioration des symptômes tant chez l'adulte que chez l'enfant[16)]. En raison de l'utilisation de différents probiotiques (lactobacillus GG, bifidobacterium infantis etc.), des études plus larges sont nécessaires avant de pouvoir donner une recommandation générale.

## Traitements alternatifs

Un grand nombre de patients avec IBS font appel à des traitements alternatifs et à la médecine complémentaire, dont les effets n'ont jusqu'ici jamais été analysés par des études contrôlées.

**Huile de menthe.** Alors qu'une première étude en double aveugle et contrôlée par placebo avait constaté une amélioration des symptômes chez des enfants avec IBS[23)], plusieurs études et une méta-analyse n'ont par la suite pas confirmé cet effet.

**Herbes chinoises.** Une étude contrôlée par placebo a démontré une nette amélioration des troubles abdominaux pour les patients traités avec les herbes chinoises en comparaison avec ceux ayant reçu le placebo[3)]. Peu de données étant disponibles et différentes herbes chinoises ayant été utilisées, d'autres études avec des compositions bien définies sont nécessaires.

## Résumé

En raison de la symptomatologie clinique très variable de l'IBS (constipation, diarrhée, douleurs abdominales, météorisme), des indications thérapeutiques généralisées ne sont pas possibles. Les études font défaut tout particulièrement pour l'enfant et l'adolescent. Il ne reste que la possibilité d'un traitement symptomatologique, adapté individuellement au patient.

## Conclusion

Etiologie et pathogénèse de l'IBS ne sont pas clairs. Les études disponibles indiquent une influence prépondérante de l'environnement et probablement, en moindre mesure, de facteurs génétiques. Des facteurs psychiques semblent conditionner l'apparition, l'aggravation ou l'amélioration, le décours et le pronostic de la maladie.
Des indices diagnostics sont l'anamnèse personnelle et familiale typique, la symptomatologie clinique selon les critères de Rome III ainsi que l'exclusion d'autres maladies organiques et fonctionnelles avec des symptômes cliniques semblables. Lorsqu'une maladie organique s'associe à l'IBS, le diagnostic devient difficile.
En raison des symptômes cliniques très variables, une recommandation thérapeutique généralisée n'est pas possible. Le traitement doit s'orienter au symptôme et doit être adapté aux besoins individuels du patient.

**Correspondance**
Dr M. Friedt
Abteilung Gastroenterologie und Ernährung,
Universitätskinderkliniken
Steinwiesstrasse 75
CH-8032 Zürich
michael.friedt@kispi.uzh.ch

**Conflit d'intérêts**
*L'auteur déclare l'absence de tout conflit d'intérêt.*

**Références (sélection)**
Voir texte allemand.