

DOULEURS ABDOMINALES CHRONIQUES ET RECURRENTES DE L'ADULTE AU CABINET MEDICAL HORS DYSPÉPSIE

Quels diagnostics évoquer ?
Quelle prise en charge ?
Quand adresser chez le spécialiste ?

11.10.2017

Dr Philippe Bichard

Cas clinique 1.1

- Patient 34 ans, pas d'ATCD, informaticien
- Douleurs abdominales basses et fatigue depuis 6 mois, pas de voyages, pas d'amaigrissement.
- Episodes de diarrhée
- Inquiet sœur maladie cœliaque et cousin maladie de Crohn.
 - ▣ Pas de CCR apparentés au premier degré
- Examen clinique: douleur diffuse palpation cadre colique, reste dans la norme.

Investigations ?

DOULEUR ABDOMINALE CHRONIQUE

Auteurs : Dr G. Ancrenaz-Tuilan, chef de clinique, Service de médecine de premier recours, HUG
Expert : Dr M. Drepper, chef de clinique, Service de gastroentérologie, HUG
Relateurs : Dr S. Mazouri, chef de clinique, Service de médecine de premier recours, HUG
Dr N.T. Tran, médecin-adjoint, Service de médecine de premier recours, HUG

Algorithmes et réécriture: M. Le Braz
Mise en page: L. Collin

2017

POINTS A RETENIR

Douleur abdominale chronique - Service de médecine de premier recours – DMCPRU – HUG - 2017

Cas clinique 1

- Patient de 34 ans, pas d'ATCD,
- Douleurs abdominales basses ballonnement et fatigue depuis 6 mois, pas de voyages, pas d'amaigrissement.
- Episodes de diarrhée
- Sœur maladie cœliaque et cousin maladie de Crohn.
 - ▣ Pas de CCR apparentés au premier degré
- Examen clinique: douleur diffuse palpation cadre colique, dans la norme.

Cas clinique 1

Tests biologiques ?

Lesquels

- Formule sanguine avec répartition
- Protéine C Réactive
- Electrolytes : sodium, potassium, calcium, créatinine, urée, glycémie
- Bilan hépatique : transaminases, GGT, bilirubine, lipasémie
- Ferritine
- TSH (thyroestimuline)
- Anti-Transglutaminase tissulaire IgA + dosage IgA

Tous les résultats sont normaux

Docteur Antonin Choukroun - Service de médecine de premier recours - DMCP303 - HUG - 2017

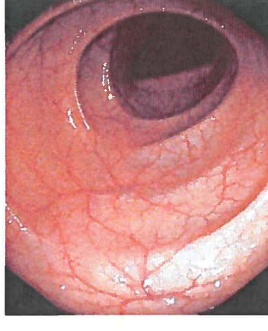
CRP normale ?

- Production hépatique réponse à libération de cytokines (IL6, IL1 β , TNF α)
- MICI : biomarqueur systémique témoin de l'inflammation digestive
- Nombreux variants génétiques associés à une synthèse faible ou nulle de la CRP
- ↗ si MICI ?

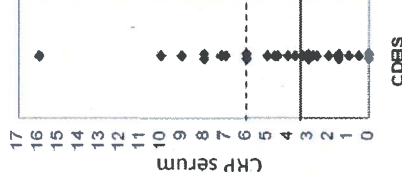
Etudes anti-TNF : 30 % des patients CRP normale

Quels sont les diagnostics les plus probables

- MICI maladie intestinale inflammatoire, **Maladie de Crohn**, RCH
- Syndrome de l'intestin irritable (SII)



CRP et maladie de Crohn en poussée



- 28 patients Crohn en poussée avec CRP normale
- 93 % avec des lésions endoscopiques
- 9/28 (33 %) avec un CDEIS \geq 6

20 % Crohn en poussée avec CRP normale

Calprotectine fécale

extradigestives

ente ou manifestations

- > Marqueur d'activité dans le Crohn
- > Marqueur de sévérité dans la RCH

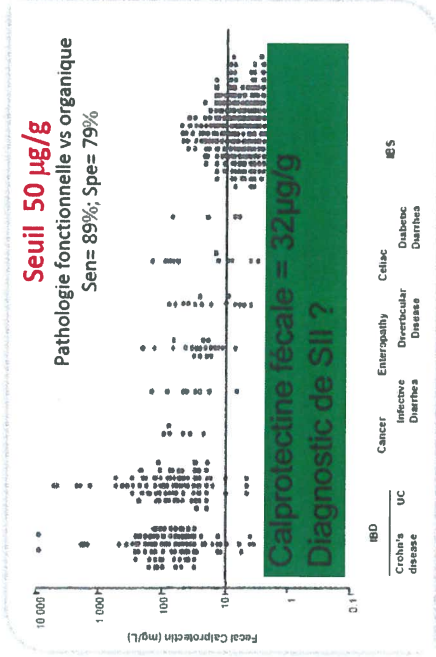
Denis MA et al Inflamm Bowel Dis 2007

- Autre test pour éliminer une MICI ?

Calprotectine fécale

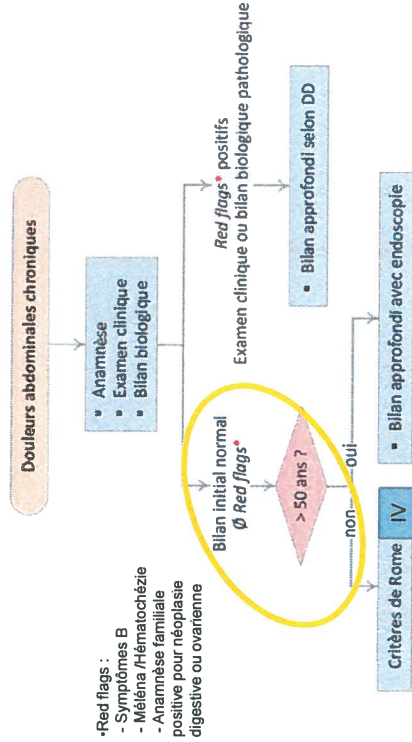
- Protéine famille des protéines S100 (PM 36 kDa).
- Rôle important dans les mécanismes de défense contre les infections
- Grande cytosol polynucléaires neutrophiles, monocytes macrophages
- Concentration dans les selles : reflet processus inflammatoire dans tube digestif
- Molécule non dégradée dans le tractus digestif
- Stable plusieurs jours dans les selles même à température ambiante
- Valeur normale < 50 µg/g de selles
- Utilisé pour le monitoring des MICI
- Elevée dans les pathologies organiques coliques + iléales

Calprotectine fécale et maladies digestives



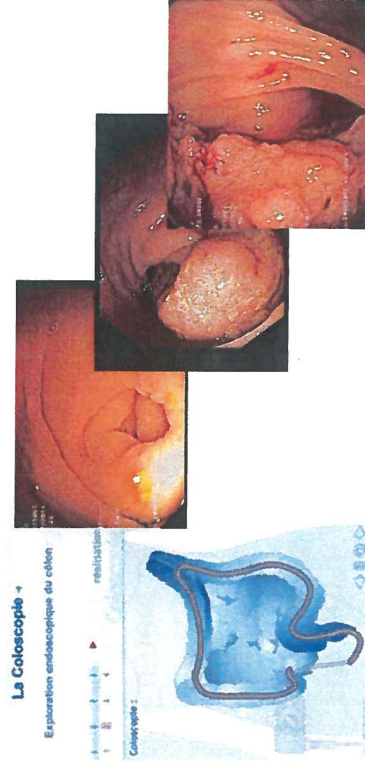
Tibble JA et al Gastroenterology 2002

ALGORITHME



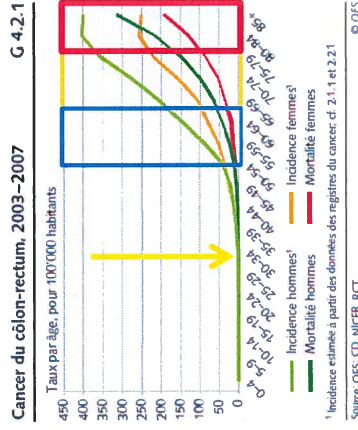
- Red flags :
 - Symptômes B
 - Mélène / Hématochézie
 - Anamnèse familiale positive pour néoplasie digestive ou ovarienne

COLOSCOPIE?



CCR en Suisse

- Depuis 2013
- **Population à risque moyen : 50 à 69 ans**
- Coloscopie
- Test de recherche de sang occulte dans les selles
- Colo CT
- Patient 1. 1 34 ans



ORIGINAL ARTICLE

A score to estimate the likelihood of detecting advanced colorectal neoplasia at colonoscopy

Michał F Kaminski,^{1,2} Marcin Polkowski,^{1,2} Ewa Kraszewska,² Maciej Rupinski,^{1,2} Eugeniusz Butruk,³ Jarosław Reguła^{1,2}

Gut 2014;63:1112-1119

- Nouveau score prenant en compte âge, tabac, BMI permet d'établir un risque de néoplasie avancée du colon dans le population à *risque moyen*
- Probabilité varie de **1.3 % à 19,1 %**
- Suggère une aide à un meilleur ciblage de la population à dépister

Parenthèse limite 50 ans ? Cas clinique 1.2

- Patient **44 ans**, informaticien
- **BMI = 32**
- **Fumeur 28 UPA**
- Douleurs abdominales basses et fatigue depuis 6 mois, pas de voyages, pas d'amaigrissement.
- Inquiet sœur maladie coeliaque et cousin maladie de Crohn. **père CCR opéré à 80 ans**
- Examen clinique: douleur diffuse palpation cadre colique, reste dans la norme.

Coloscopie ?

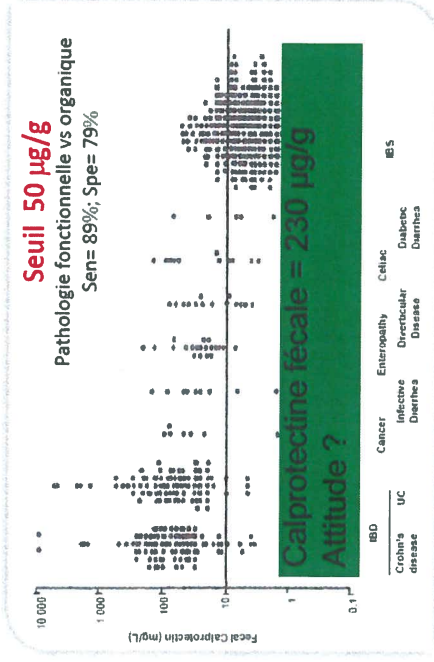
Tableau 3. Score de Kaminski et risque de néoplasie avancée.

SCORE	0	1	2	3	Score
Age	40-49 ans	50-54 ans	55-59 ans	> 60 ans	/ / / /
ATCD familial	aucun	CCR 1 ^{er} degré et > 60 ans	CCR 1 ^{er} degré et < 60 ans	2 CCR au 1 ^{er} degré	/ / / /
Sexe	Femme	—	Homme	—	/ / / /
Tabagisme	< 11 paquets-années	≥ 11 paquets-années	—	—	/ / / /
IMC	< 30	≥ 30	—	—	/ / / /
Score total	Risque d'Adénome Avancé et/ou CCR				TOTAL = / / / /
Score 0 à 2					< 5%
Score 3 - 4					5 à 10%
Score ≥ 5					10 à 20%

Cas clinique 1.3

- Patient 34 ans, pas d'ATCD, informaticien
- Douleurs abdominales basses et fatigue depuis 6 mois, pas de voyages, pas d'amaigrissement.
- Inquiet sœur maladie cœliaque et cousin maladie de Crohn.
 - Pas de CCR apparentés au premier degré
- Examen clinique: douleur diffuse palpation cadre colique, reste dans la norme.

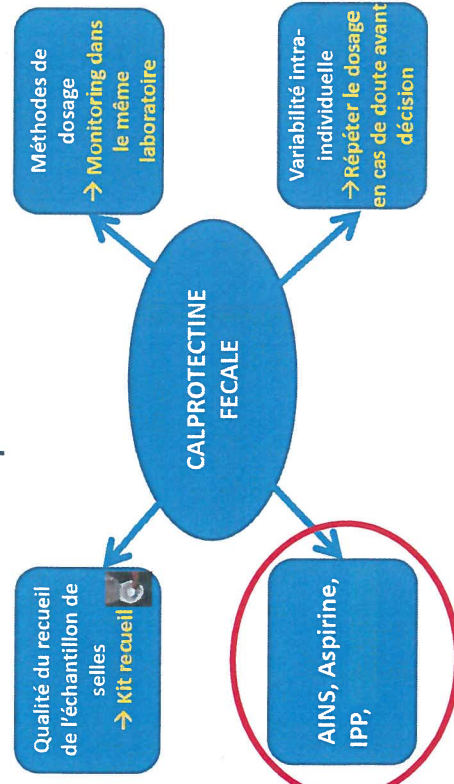
Calprotectine fécale et maladies digestives



Tibble JA et al Gastroenterology 2002

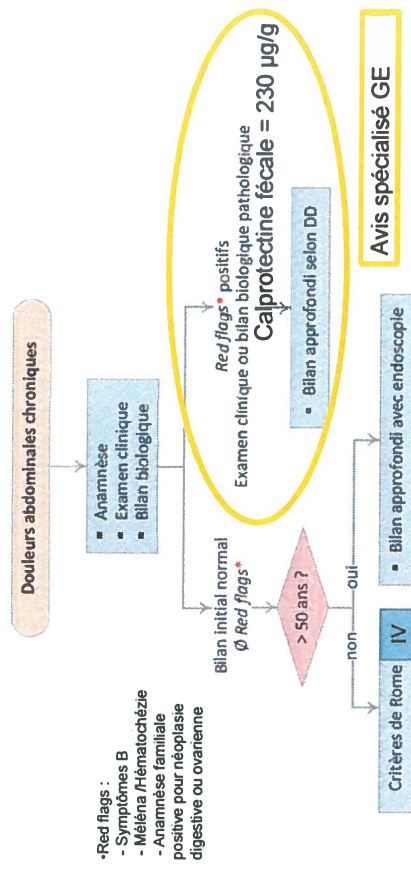
Calprotectine élevée faux positifs

Facteurs influençant la concentration de calprotectine fécale

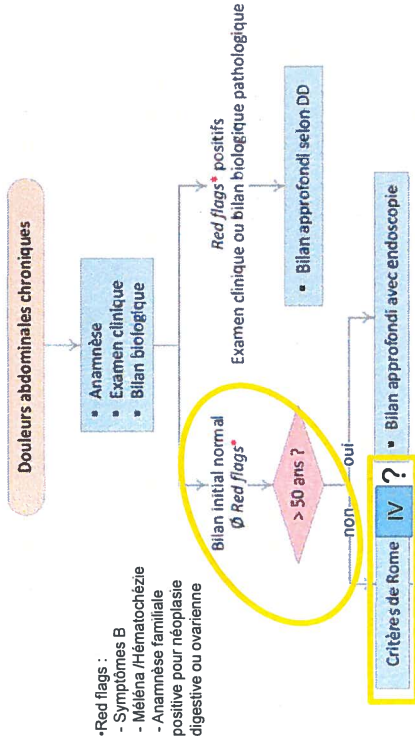


HUG
Hôpitaux
Universitaires
Genève
Département de médecine communautaire, de
premier recours et des urgences
Membre de l'Association Suisse des Gastro-entérologues

ALGORITHME

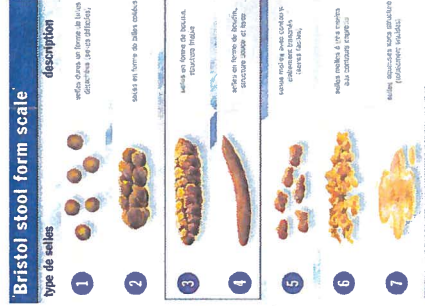


Retour au cas 1.1
Calprotectine = 32µg/g selles
SII ??



SII type

- SII constipation prédominante (C-SII):
 - Bristol 1-2 \geq 25 % du temps, Bristol 6-7 \leq 25 % du temps.
- SII diarrhée prédominante (D-SII) :
 - Bristol 6-7 \geq 25 % du temps, Bristol 1-2 \leq 25 % du temps.
 - SII avec alternance diarrhée-constipation (M-SII)
 - Bristol 1-2 \geq 25 % du temps et Bristol 6-7 \geq 25 % du temps.
- SII non spécifié : absence de critères suffisants pour répondre aux critères du C-SII, D-SII ou M-SII



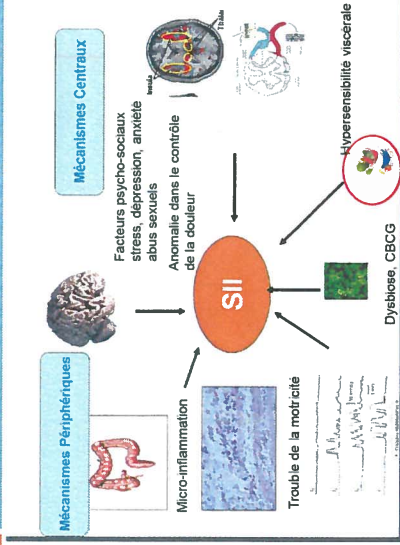
SII-MICI : coïncidence ou association ?

- Prévalence : SII : 5-20 % de la population générale
 - Pic d'incidence âge 20-30 ans.
 - Femmes 2 fois plus
- MICI : 130 à 240 pour 100 000 habitants
 - MICI, peu fréquentes, associées au SII par du hasard.
 - SII très fréquents, peuvent être diagnostiqués à tort chez des patients ayant une forme fruste de MICI.
- TFI et MICI : pathologies chroniques avec phases de poussées entrecoupées de périodes de rémission spontanées ou induites par les traitements

Lacy BE et al. Gastroenterology 2016

Sandler et al, Gastroenterology 2000
Kappelmaan, Clin Gastroenterol Hepatol 2007

SII prise en charge



Plusieurs cibles thérapeutiques potentielles

Gestion pluridisciplinaire : généraliste, GE, Diététicien, Algologue, psy ...

Objectifs thérapeutiques

- ❑ **Guérison : UTOPIQUE**
- ❑ Amélioration
- ❑ ↘ Douleur : objectif -30 à -50 %
- ❑ Gestion des crises
 - ❑ Traitement à la demande : durée moyenne d'une crise douloureuse : 4-6 jours
 - ❑ Traitement continu

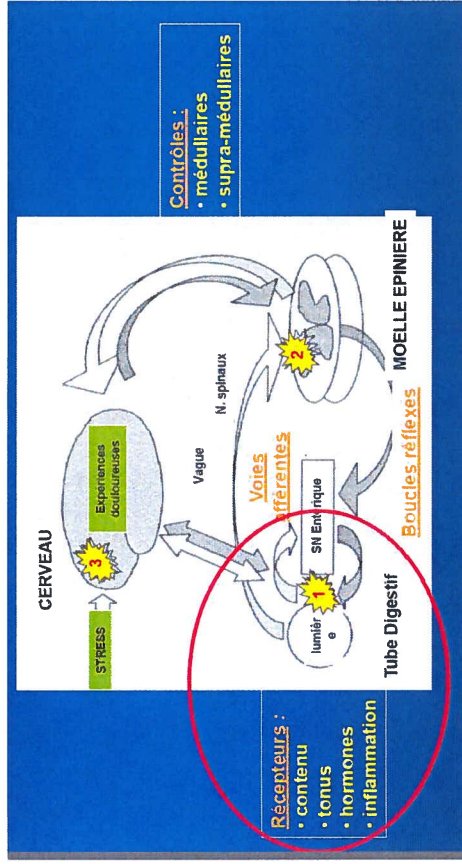
SII prise en charge

- ❑ Aucun critère clinique permettant d'évaluer quel est le mécanisme prépondérant
 - ❑ Définir profil de répondeur : **IMPOSSIBLE**
 - ❑ Symptômes intenses et durée d'évolution prolongée
- Risque d'autonomisation avec apparition d'une hyperalgésie centrale

Education thérapeutique

- ❑ Niveau de connaissance des patients :
 - ❑ Faible
 - ❑ Idées fausses : nombreuses
 - ❑ Majoration anxiété, recherche de soins, nomadisme, examens complémentaires...
 - ❑ **Coloscopie normale : ne rassure pas !**
 - ❑ Éducation thérapeutique
 - ❑ Améliore qualité de vie, diminue intensité des symptômes
 - ❑ Livres, sites, éducations en groupe
 - ❑ Association de patients : pas en suisse
 - ❑ Brochure pour patients avec SII

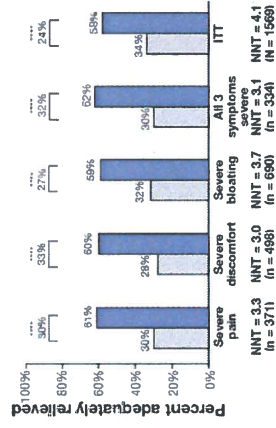
Traitements à visée périphérique



Linacotide Constella®

- N = 1602 SII C
- Linacotide (290 µg) vs placebo 12 semaines

A



Rao SSC et al Clinical Gastroenterology and Hepatology 2014

Traiter les troubles du transit

- Constipation :
 - Apports en fibre !
- Majoration du ballonnement
- Macrogols
- Diarrhée
- Ralentisseurs du transit → Risque de majoration douloureuse
- Alternance diarrhée-constipation
- Plus proche de constipation que diarrhée
- Ralentisseurs : inefficaces
- Mucilages +++

Laxatifs	Movicol® Transpax® Métamucil® Amitiza® Resolax®	1-2 sachet(s) 1-7 sachet(s) forte 1-7x1 c. à c. 2x1 cp. (8 mg) 1x1 cp. (2 mg)	Constipation
- PEG - Plantaginis ovatae - Lubiprostone - Prucalopride			CH CH CH CH CH

Antidiarrhéiques	Imodium® Trinctua opil	1-4 cp./caps.	Diarrhée
- Loperamide - Gouttes d'opium			CH CH

Antispasmodiques

- Molécules anciennes
- Évaluation :
 - Méthodologie parfois non rigoureuse
 - critères d'inclusion, design...
- Ne répondez plus aux standards actuels
- 4 méta-analyses :
 - 3 positives, 1 négative
- Actions sur la douleur : **Mebeverine**, **Trimebutine**, **Bromure d'otilonium**

Spasmodiques	Duspatalin® Colpermin® Dicetel® Spasmomen® Débridat® Buscopan®	2x1 caps. rtd. 3x1 caps. 3x1 cp. 2-3x1 cp. 3x1-2 cp. 3x1-2 drg.	CH CH CH CH CH CH
- Mébévérine - Huile de menthe - Bromure de pinavérium - Bromure d'otilonium - Trimebutine - Butylscopolamine			

Spasmodiques	Duspatalin® Colpermin® Dicetel® Spasmomen® Débridat® Buscopan®	2x1 caps. rtd. 3x1 caps. 3x1 cp. 2-3x1 cp. 3x1-2 cp. 3x1-2 drg.	CH CH CH CH CH CH
- Mébévérine - Huile de menthe - Bromure de pinavérium - Bromure d'otilonium - Trimebutine - Butylscopolamine			

Spasmodiques	Duspatalin® Colpermin® Dicetel® Spasmomen® Débridat® Buscopan®	2x1 caps. rtd. 3x1 caps. 3x1 cp. 2-3x1 cp. 3x1-2 cp. 3x1-2 drg.	CH CH CH CH CH CH
- Mébévérine - Huile de menthe - Bromure de pinavérium - Bromure d'otilonium - Trimebutine - Butylscopolamine			

Poynard et al.
Aliment Pharmacol Ther 1994
Poynard et al.
Aliment Pharmacol Ther 2001
Jainwala et al.
Ann Intern Med 2000, Lesbros-
Pantoflickova et al
Aliment Pharmacol Ther 2004

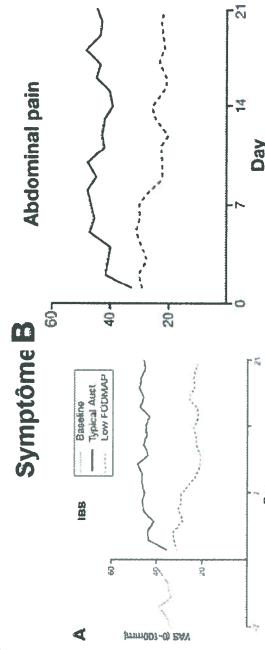
Régimes

- Allergie IgE : exceptionnelle
- Intolérance IgG médiée ?
 - 2 essais positifs
 - Aucun test immunologique validé dans le commerce (attention aux escrocs !)
- FODMAP : Fermentable Oligo Di and Monosaccharides and Polyol
 - Préparations industrielles
 - Consultation diététique ?**
 - ATTENTION aux régimes chez des patients obsessionnels

Etude randomisée régime pauvre en FODMAPs vs alimentation normale (Austr)

- 30 patients SII (13 SII-C); 8 sujets sains
- appariés sur données démographiques et alimentation (FODMAPs ≈ 16 g/j)

Après 1 semaine : étude alimentation
Randomisation : Low FODMAP diet (<0.5 g/repas) vs Alimentation australienne normale



Halmos E et al. Gastroenterology 2014

Exemple de conseils diététiques pour un régime pauvre en FODMAPs

Aliments autorisés (faible teneur en FODMAPs) Liste non exhaustive	Aliments déconseillés
<ul style="list-style-type: none"> • Lait sans lactose ou pauvre en lactose, lait végétal (lait de soja par exemple) enrichi en calcium • Yaourts faits maison avec du lait sans lactose ou pauvre en lactose, yaourts au lait végétal • Fromages affinés : à pâte molle (camembert, brie, munster, Pont-l'Évêque), bleu (Roquefort, bleu d'Auvergne...), non cuits (gouda, edam mimolette, cantal reblochon...), à pâte dure (emmental, comté, beaufort) • Banane, canneberge, ananas, framboise, melon, citron, orange, fruit de la passion, papaye, framboise, rhubarbe, fraise, noix de coco, kiwi • Carottes, céleri, endives, coeurs de palmier, haricots verts, laitue, panais, courges, patate douce, tomate, courgette, ignames, navets, poisjons rouges, blettes, aubergines, poivrons, épinards... • Tous • Sarrasin, épeautre, riz, avoine, polenta, millet, lupin, quinoa... (sous toutes leurs formes : pain, biscuits, farine, semoule), pomme de terre, maïs • Toutes celles non indiquées ci à droite. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lait en boisson, en poudre, concentré et dérivés (saucе béchamel, flou...)) • Crème glacée et dessert lacté. • Fromages frais (fromage blanc, mozzarella). • Yaourts, anisés... • Pomme, prune, pêche, cerise, abricot, pastèque, mangue, mirre, fruits secs et oléagineux (noix, amande...), noix. • Artichaut, asperge, chou et dérivés : chou-fleur, brocoli, poireaux, ail, oignon, échalote, légumes secs (pois chiche, haricots rouges, lentilles...), champignons. • Blé - si en grandes quantités car bien toléré en petites quantités - et tous les dérivés (poullgou, semoule, farine, pain, biscotte...), orge, seigle. • Plats cuisinés contenant du fructose (saucе type barbecue, tomate concentrée, agur, miel) • Sirop d'érable • Sirop de maïs • Aliments diététiques édulcorés, sucreries sans sucre.
Produits laitiers	
Fruits	
Légumes verts	
Viande - Poisson - Œuf	
Produits céréaliers	
Préparations industrielles	
Produits contenant des polyols	

Colonisation Bactérienne Chronique : antibiotiques

- Rifaximine**
- 550 mg x 3, 15 jours
- SII non constipés
- 1260 patients
- Supérieur au placebo
- Jugement global
- Douleur
- Ballonnements
- Delta : 9 à 10 %

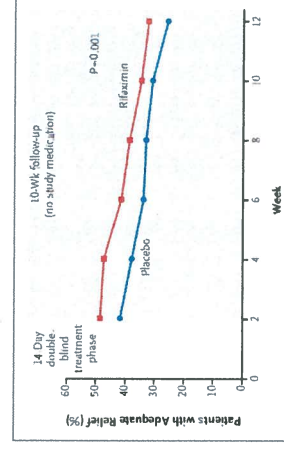
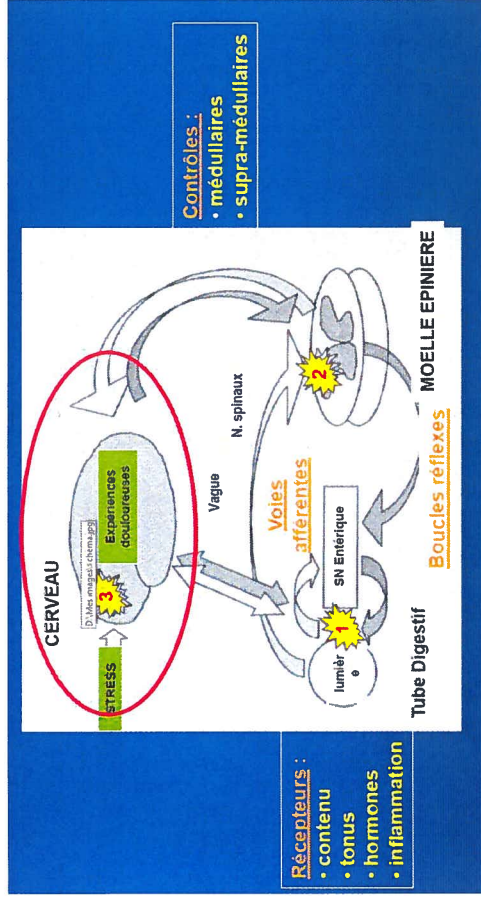


Figure 4. Percentage of Patients with Adequate Relief of Global IBS Symptoms

Pimentel et al NEJM 2011

Traitement à action centrale

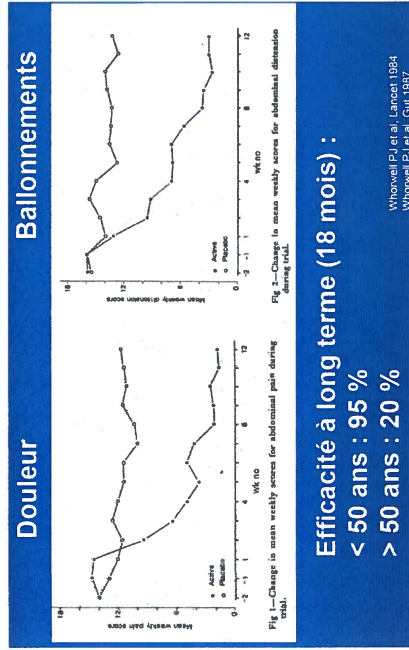


Antidépresseurs

- Mécanismes d'action :**
- Modulation centrale et périphérique des mécanismes de contrôle de la douleur.
 - Troubles anxio-dépressifs associés
 - Inhibiteurs Recapture Sérotonine :
 - Résultats discordants
 - paroxétine, fluoxétine.
 - Tricycliques : effets bénéfiques
 - Imipramine (Tofranil®), amitriptyline (Saroten® Retard)
 - Études cliniques
 - Efficacité :
 - Décalée : 2-6 semaines
 - Durée si efficace : 6 mois ?

Antidépresseurs Tricycliques :	10-75 mg le soir	Douleurs abdominales, + Diarrhée + Constipation	CH
- p.ex., amitriptyline	Typitazol®		CH
ISRS :	20-40 mg		CH
- Fluoxétine	10-40 mg		CH
- Paroxétine			

Hypnose



Efficacité à long terme (18 mois) :

- < 50 ans : 95 %
- > 50 ans : 20 %

Whorwell PJ et al. Lancet 1984
Whorwell PJ et al. Gut 1987

- Méta-analyse 6 articles 374 patients
- Lee HH et al J Neurogastroenterol Motil 2014

Conclusion SII traitement

- Traitements multiples
- Cibles thérapeutiques : différentes
- Attitude pragmatique
- Éducation, régulariser le transit, antispasmodique(s)...
- Si échec patent : antidépresseurs en privilégiant les tricycliques
- Si échec : hypnose
- Toujours réévaluer la plainte et penser à évoquer des douleurs abdominales non digestives (pariétales, rhumatologiques) en cas d'échec thérapeutique

Cas clinique 2

- Femme de 45 ans
- Consulte pour douleurs de l'hypocondre droit depuis 4 ans,
 - évoluant par accès
 - irradiant parfois vers le dos,
 - aggravation lors du décubitus latéral gauche, lors des efforts de soulèvement et parfois lors de l'exonération (transit normal).
 - Sans altération de l'état général
- Antécédents
 - Nombreux ATCD familiaux d'insuffisance coronarienne
 - RGO
 - Accident de la voie publique 6 ans auparavant
 - Cholécysectomie pour lithiase 5 ans auparavant

Tout est normal !

- Examen abdominal
- US abdominal
- OGD
- Coloscopie
- ECG
- Epreuve d'effort
- Troponine

Diagnostic ?

Syndrome de Cyriax

« Painful rib syndrome »

- Hypermotilité de l'extrémité des cartilages des dernières côtes (10, 9, 8)
- Traumatisme direct : Coup de poing, choc contre le volant ou le tableau de bord, pression de la ceinture de sécurité, écarteurs lors d'une laparotomie, microtraumatismes professionnels répétés (déménageurs, secrétaires...)
- Traumatisme indirect : efforts musculaires violents (soulèvement), quintes de toux à répétition, extension brutale (smash au tennis, golf...)

Syndrome de Cyriax

« Painful rib syndrome »

- Femmes > Hommes
- Pic : 5eme décennie
- La douleur : Début :**
 - Vive, d'installation brutale, de courte durée, par accès
 - Ensuite : brûlure plus ou moins permanente
- Irradiations : dos, omoplate, totalité de l'abdomen**
- Sémiologie évocatrice : - Apparition lors de la mobilisation de la paroi thoraco-abdominale (flexion, extension, rotation, toux, soulèvement) - Repos bénéfique (décubitus homolatéral)**

Syndrome de Cyriax

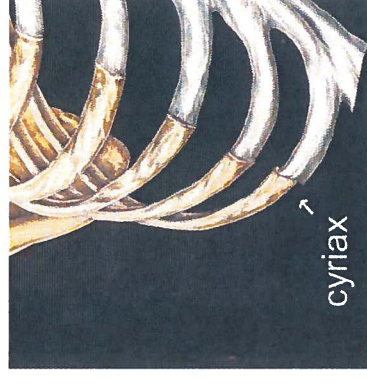
« Painful rib syndrome »

- ❑ **DIAGNOSTIC CLINIQUE**
- ❑ Douleur élective à la palpation du rebord costal
- ❑ Mobilité anormale du rebord costal lors d'une traction antérieure (décubitus dorsal, musculature abdominale relâchée, **doigts en crochet sous le rebord costal**)
- ❑ Traction sur les dernières côtes vers l'extérieur : douleur, craquement.

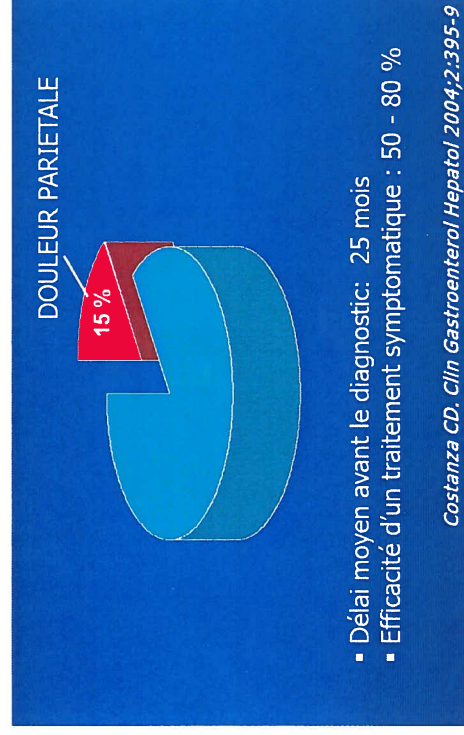
Syndrome de Cyriax

« Painful rib syndrome »

- ❑ **TRAITEMENT**
- ❑ Antalgiques per os
- ❑ Injections locales de lidocaïne à 1 %



Douleur abdominale chronique



Points forts

- ❑ Douleurs abdominales chroniques (DAC) anamnèse et d'un examen physique minutieux.
- ❑ En l'absence de symptômes ou de « red flags » pour d'autres pathologies, **les DAC sont principalement liées au syndrome de l'intestin irritable (SII), qu'il ne faut pas considérer comme un diagnostic d'exclusion (sous peine de faire subir au patient des examens complémentaires inutiles).**
- ❑ Le SII débute majoritairement avant 50 ans et est associé à une consommation importante de soins de premier recours.
- ❑ La prise en charge du SII est multidisciplinaire avec une approche sur l'hygiène de vie, une approche nutritionnelle et psychologique.
- ❑ Le traitement médicamenteux du SII (ciblé sur la prédominance de diarrées ou constipation) est globalement d'importance modérée.
- ❑ **Utilité de la calprotectine**
- ❑ Les patients âgés de plus de 50 ans peuvent présenter une clinique atypique ou pauci-symptomatique en présence d'un bilan normal malgré une pathologie organique sous-jacente.
- ❑ Toutes les DAC ne sont pas d'origine digestive. **Penser aux douleurs pariétales**