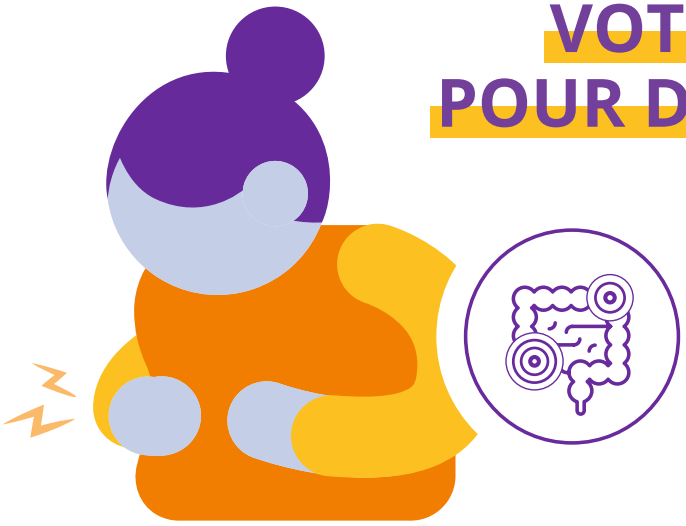
VOTRE AIDE MÉMOIRE POUR DIAGNOSTIQUER LE SII



Qu'est-ce que le SII ?

Que savons-nous de sa physiopathologie ?

Comment poser un diagnostic sûr ?

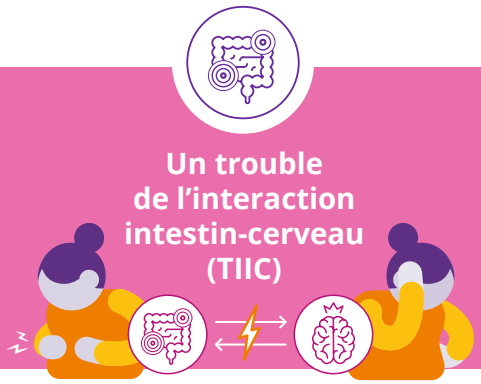
Quels sont les signes d'alarme nécessitant une évaluation complémentaire ?

Quels sont les examens nécessaires ?

Quels principes généraux de prise en charge ?

À quelle fréquence réaliser le suivi ?

QU'EST-CE QUE LE SII ?



Un trouble de l'interaction intestin-cerveau (TIIC)

1
Ballonnements et/ou distension abdominale

2
Douleur ou inconfort abdominal récurrent (mais non continu)

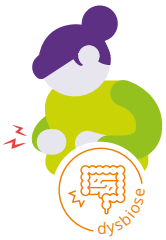
3
Troubles du transit
(fréq. et/ou forme des selles)

ET



souvent accompagnés **de niveaux d'anxiété ou de dépression plus élevés**

son apparition peut être liée à **un déséquilibre** du **microbiote intestinal**



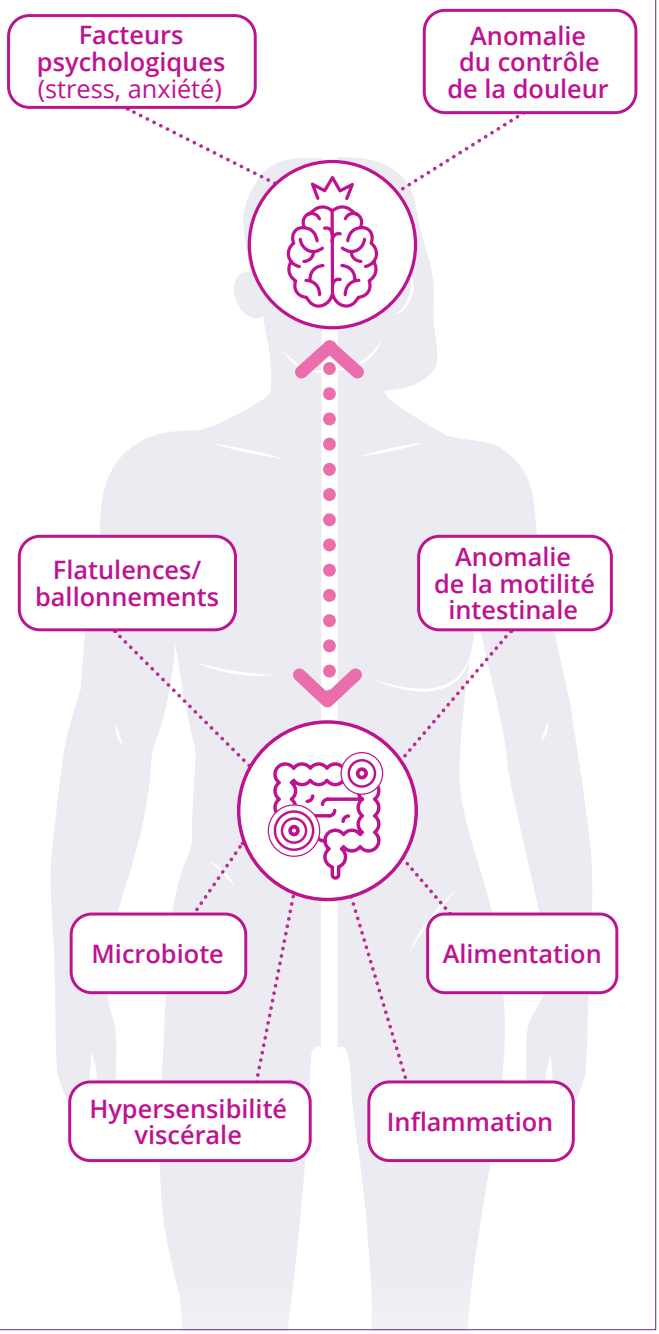


Prévalence de **4 à 10 %**
selon la zone géographique et les critères d'évaluation utilisés

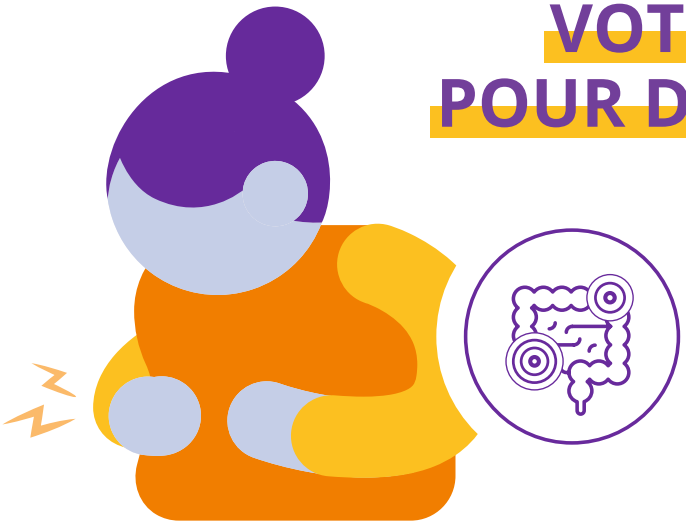
Liste des noms de maladies synonymes

Syndrome de l'intestin irritable
Syndrome du colon irritable
Colopathie fonctionnelle
Colite spasmodique
Colite muqueuse
Colite mucomembraneuse

QUE SAVONS-NOUS SUR SA PHYSIOPATHOLOGIE ?



VOTRE AIDE MÉMOIRE POUR DIAGNOSTIQUER LE SII



Qu'est-ce que le SII ?

Que savons-nous de sa physiopathologie ?

Comment poser un diagnostic sûr ?

Quels sont les signes d'alarme nécessitant une évaluation complémentaire ?

Quels sont les examens nécessaires ?

Quels principes généraux de prise en charge ?

À quelle fréquence réaliser le suivi ?

COMMENT POSER UN DIAGNOSTIC AVEC CONFIANCE ?

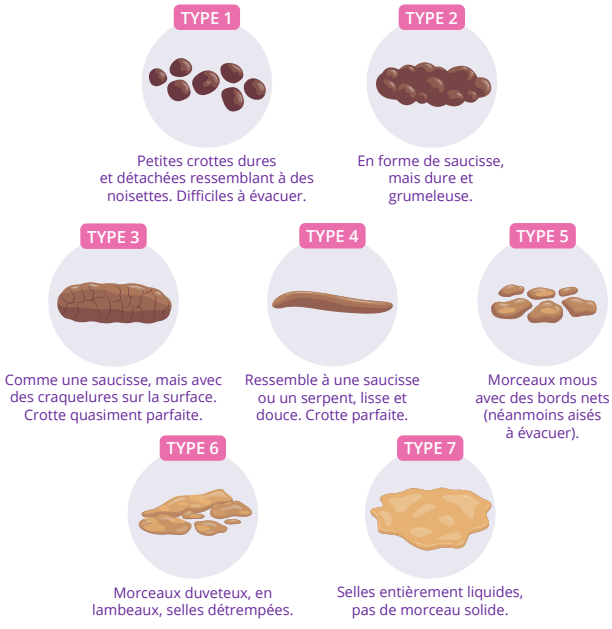
Critères de diagnostic du SII

- ☑ Présence d'une douleur ou d'un inconfort abdominal chronique/récurrent mais non continu **≥ 3 jours/mois au cours des 3 derniers mois***
- ☑ Associé à au moins 2 des éléments suivants : défécation, modification de la consistance/fréquence des selles

En l'absence de signes d'alerte ou de facteurs de risque
**Début des critères ≥ 6 mois avant le diagnostic*

SOUS-TYPE	CARACTÉRISTIQUES
SII avec constipation prédominante (SII-C)	Bristol 1-2 > Bristol 6-7 *constipation > diarrhée*
SII avec diarrhée prédominante (SII-D)	Bristol 6-7 > Bristol 1-2 *diarrhée > constipation*
SII mixte (SII-M)	Bristol 1-2 & Bristol 6-7 *diarrhée et constipation*
SII avec transit non spécifié (SII-U)	*Selles rarement anormales*

Échelle Bristol



Copyright 2011 © by Rome Foundation. All Rights Reserved. Modified from original

QUELS SONT LES SIGNES D'ALARME NÉCESSITANT UNE ÉVALUATION COMPLÉMENTAIRE ?

Liste de contrôle des caractéristiques nécessitant des examens complémentaires ou une orientation

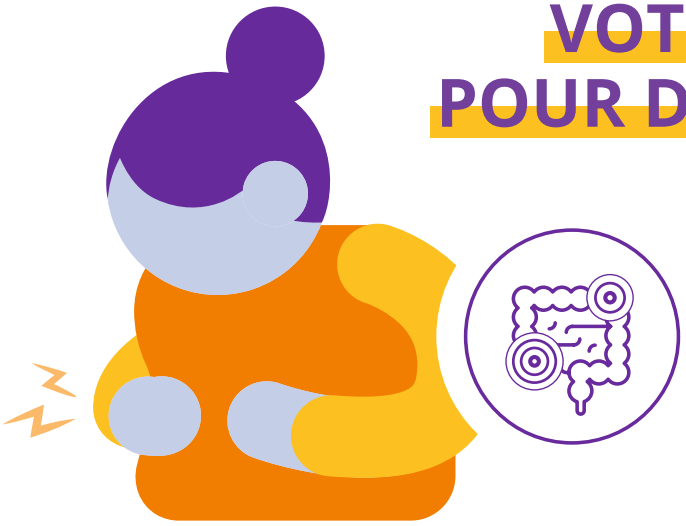
- ☑ Antécédents familiaux (maladie inflammatoire chronique de l'intestin, maladie cœliaque ou cancer colorectal)
- ☑ Perte de poids
- ☑ Fièvre
- ☑ Apparition d'un nouveau symptôme (< 6 mois)
- ☑ Symptômes nocturnes
- ☑ Symptômes extra-intestinaux (arthrite, éruption cutanée, inflammation oculaire)
- ☑ Prise récente d'antibiotiques
- ☑ Anomalies à l'examen physique

SI LE PATIENT COCHE L'UNE DES CASES, ENVISAGEZ DES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES ET LE RECOURS À UN SPÉCIALISTE SELON LES BESOINS

- ☑ Anémie ou perte de sang
- ☑ Augmentation des marqueurs inflammatoires
- ☑ Incontinence fécale
- ☑ Masse abdominale

ADRESSEZ LE PATIENT À UN GASTRO-ENTÉROLOGUE POUR ÉVALUATION

VOTRE AIDE MÉMOIRE POUR DIAGNOSTIQUER LE SII



Qu'est-ce que le SII ?

Que savons-nous de sa physiopathologie ?

Comment poser un diagnostic sûr ?

Quels sont les signes d'alarme nécessitant une évaluation complémentaire ?

Quels sont les examens nécessaires ?

Quels principes généraux de prise en charge ?

À quelle fréquence réaliser le suivi ?

QUELS SONT LES EXAMENS NÉCESSAIRES ?

Ne prescrivez pas d'examens inutiles, privilégiez les examens suivants :

RECOMMANDÉS
EN TANT QU'EXAMENS DE ROUTINE

- Numération Formule Sanguine (NFS-Plaquettes)
- Protéine C-réactive (CRP) (pour exclure les MICI ou d'autres maladies inflammatoires)
- Évaluation des selles : fréquence et consistance (Bristol)

À ENVISAGER
POUR LES CAS SPÉCIFIQUES

- **Calprotectine fécale**
  En cas de diarrhée et si cet examen est remboursé dans votre pays.
- **Sérologie pour la maladie cœliaque**
  Si cette pathologie est fréquente dans votre pays.
- **Test de la fonction thyroïdienne (TSH us)**
  Uniquement en cas de troubles du transit majeurs, accompagnés d'autres signes cliniques, pour être rassuré.
- **Coloscopie**
  Uniquement dans des cas spécifiques, selon le sous-type selon le transit (diarrhée) et le résultat de l'analyse de la calprotectine, le seuil d'âge pour le dépistage du cancer colorectal (généralement > 50 ans), et les antécédents personnels et/ou familiaux.
- **Toucher rectal**
  Recommandé pour tout patient présentant du sang dans les selles ; Hommes et femmes > 40 ans avec des symptômes affectant la partie basse du tube digestif

INUTILES
EN TANT QU'EXAMENS DE ROUTINE

- Bilan martial
- Albumine
- Parasitologie *(parasite si voyage à l'étranger, coproculture, toxine C. difficile)*
- Dépistage du cancer colorectal hors des recommandations nationales
- Scanner abdominal /Échographie/IRM
- Évaluation gynécologique

QUELS PRINCIPES GÉNÉRAUX DE LA PRISE EN CHARGE ?

La prise en charge s'articule autour de 4 concepts généraux

1 Régime alimentaire



Une alimentation saine
limiter la consommation des facteurs alimentaires déclenchant potentiellement des symptômes (FODMAP, lactose, gluten...)



probiotiques



prébiotiques



fibres

2 Mode de vie



un mode de vie sain
pratique d'une activité physique régulière



sommeil

3 Gestion de la communication intestin-cerveau



intervention psychothérapeutique
thérapie comportementale et cognitive (TCC), hypnose, thérapie psychodynamique, relaxation... pour un soutien psychologique à long terme

4 Traitement médical symptomatique



Ciblage pharmacologique

- fonction intestinale
- douleur
- ballonnement

Antispasmodiques, antidiarrhéiques, laxatifs...

À QUELLE FRÉQUENCE RÉALISER LE SUIVI ?

Au bout de 6 à 8 semaines, il est possible de réévaluer l'efficacité du traitement



Ce document a été rédigé en collaboration avec

Le Dr. Pedro Costa Moreira, *Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa - Penafiel, Porto, Portugal*

Le Pr. Jean Marc Sabaté, *Hôpital Avicenne, France*

Le Pr. Jan Tack, *Hôpital universitaire de Louvain, Belgique*

Approuvé par

WORLD GASTROENTEROLOGY ORGANISATION WGO est. 1958



SII : que dire à vos patients ?

Le syndrome de l'intestin irritable (SII) est une maladie digestive qui se caractérise par des ballonnements, des douleurs abdominales récurrentes et des troubles du transit.

Le syndrome de l'intestin irritable (SII) correspond à une altération de la communication intestin-cerveau. Ces deux organes se comprennent mal. Ils ne parviennent pas à communiquer correctement l'un avec l'autre.

Le SII est une maladie digestive basée sur les symptômes, sans atteinte des tissus de l'organisme.

Le SII ne se résume pas à des symptômes gastro-intestinaux, il est souvent accompagné de troubles psychologiques tels que l'anxiété, le stress et la dépression.

Les signaux transmis par l'intestin sont sur-interprétés par le cerveau (comme des signaux d'agressions).

Le tube digestif amplifie les signaux physiologiques, ce qui affecte la fonction intestinale.

La fonction intestinale est affectée par le système nerveux.

L'intestin transmet des signaux de telle manière qu'ils sont sur-interprétés par le cerveau.

Le cerveau reçoit ou traite les signaux avec une trop grande sensibilité.

Le cerveau interprète les signaux envoyés par le corps comme des signes de maladie.

Le SII peut être lié à un déséquilibre du microbiote intestinal.

Les communautés microbiennes qui peuplent différents environnements spécifiques de notre corps sont appelées microbiotes.

Un déséquilibre au sein du microbiote intestinal est appelé dysbiose et désigne la modification de la composition et des fonctions des micro-organismes vivant dans l'intestin.

Des aliments, des bactéries ou des substances qui sont dans le tube digestif peuvent parfois engendrer un dysfonctionnement de l'intestin et déclencher des symptômes.

Le SII est une maladie chronique dont les symptômes peuvent être soulagés grâce à des changements de mode de vie, un suivi diététique et des thérapies psychologiques.

Nous nous reverrons toutes les 6 à 8 semaines afin d'évaluer l'efficacité du traitement/de la stratégie.

RÉFÉRENCES

- Barbara G, Grover M, Bercik P, *et al.* Rome Foundation Working Team Report on Post-Infection Irritable Bowel Syndrome. *Gastroenterology.* 2019;156(1):46-58.e7.
- Black CJ, Ford AC. Global burden of irritable bowel syndrome: trends, predictions and risk factors. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 2020; 17: 473- 86.
- Blake MR, Raker JM, Whelan K. Validity and reliability of the Bristol Stool Form Scale in healthy adults and patients with diarrhoea-predominant irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther*. 2016;44(7):693-703.
- Carbone F, Van den Houte K, Besard L, *et al.* Diet or medication in primary care patients with IBS: the DOMINO study - a randomised trial supported by the Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE Trials Programme) and the Rome Foundation Research Institute [published online ahead of print, 2022 Apr 28]. *Gut.* 2022;gutjnl-2021-325821.
- Collins, S. A role for the gut microbiota in IBS. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 11, 497–505 (2014).
- Corsetti M, Shin A, Lacy BE, *et al.* Bowel Disorders. Gastroenterology. 2026;170(6):1261-1282
- Drossman DA, Chang L, Tack J, *et al.* Disorders of Gut–Brain Interaction and the Rome V Process. Gastroenterology. 2026;170(6):1083-1098.
- Ford AC, Sperber AD, Corsetti M, *et al.* Irritable bowel syndrome. *Lancet.* 2020 Nov 21;396(10263):1675-1688.
- Fukudo S, Okumura T, Inamori M, *et al.* Evidence-based clinical practice guidelines for irritable bowel syndrome 2020. *J Gastroenterol.* 2021;56(3):193-217.
- Hillestad EMR, van der Meeren A, Nagaraja BH, *et al.* Gut bless you: The microbiota-gut-brain axis in irritable bowel syndrome. *World J Gastroenterol.* 2022 Jan 28;28(4):412-431.
- https://www.snfge.org/content/constipation-chronique
- Kindt S, Louis H, De Schepper H, *et al.* Belgian consensus on irritable bowel syndrome. *Acta Gastroenterol Belg.* 2022;85(2):360-382.
- Lacy BE, Pimentel M, Brenner DM, *et al.* ACG Clinical Guideline: Management of Irritable Bowel Syndrome. *Am J Gastroenterol.* 2021;116(1):17-44.
- Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, *et al.* Functional bowel disorders [published correction appears in Gastroenterology. 2006 Aug;131(2):688]. *Gastroenterology.* 2006;130(5):1480-1491.
- Moayyedi P, Mearin F, Azpiroz F, *et al.* Irritable bowel syndrome diagnosis and management: A simplified algorithm for clinical practice. *United European Gastroenterol J.* 2017;5(6):773-788.
- Savarino E, Zingone F, Barberio B, *et al.* Functional bowel disorders with diarrhoea: Clinical guidelines of the United European Gastroenterology and European Society for Neurogastroenterology and Motility. *United European Gastroenterol J.* 2022;10(6):556-584.
- Simrén, M., Tack, J. New treatments and therapeutic targets for IBS and other functional bowel disorders. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol 15,* 589– 605 (2018).
- Sperber AD, Bangdiwala SI, Drossman DA, *et al.* Worldwide Prevalence and Burden of Functional Gastrointestinal Disorders, Results of Rome Foundation Global Study. *Gastroenterology.* 2021;160(1):99-114.e3.
- Sperber AD. Epidemiology and Burden of Irritable Bowel Syndrome: An International Perspective. *Gastroenterol Clin North Am.* 2021 Sep;50(3):489-503.
- Vasant DH, Paine PA, Black CJ, *et al.* British Society of Gastroenterology guidelines on the management of irritable bowel syndrome. *Gut.* 2021;70(7):1214-1240.

BIOCODEX Microbiota Institute

Pour plus d'information sur le microbiote rendez-vous sur www.biocodexmicrobiotainstitute.com

BMI-26-10 Document réservé à l'usage des professionnels de santé

Suivez-nous :