Master de spécialisation en Médecine Générale 2021-2022

Travail de fin d'études

Analyse de la prise en charge de patients souffrant du syndrome de l'intestin irritable dans un cabinet de médecine générale : Protocole d'assurance qualité.

Dr Crombez Gaëlle

Promotrice : Legay Emilie

“Si vous faites ce que vous avez toujours fait, vous obtiendrez ce que vous avez toujours obtenu”

Anthony Robbins

Remerciements

Je tiens à remercier sincèrement :

- Dr Eric Hermand, mon maître de stage, pour son accompagnement durant ce travail et tout mon assistanat. Pour sa disponibilité, son écoute, sa compréhension, son soutien, son enthousiasme, ses encouragements et toute la bienveillance dont il fait preuve

- Frédérique, la secrétaire du cabinet, pour l'intérêt porté au travail et son soutien

- Legay Emilie, ma promotrice, pour son accompagnement, ses encouragements, son enthousiasme et ses bons conseils

- Quentin Patigny, infirmier et étudiant de dernière année de Master en Sciences de la santé publique. Pour ses encouragements, son aide et tous ses précieux conseils.

- Dr De Jonghe Michel, pour son encouragement, son aide et ses paroles réconfortantes

- Mes collègues pour leurs réflexions intéressantes

- Ma famille et mon compagnon pour leur aide, leur soutien, leur compréhension

- Mes amies pour leur soutien, leur compréhension, leur réconfort et tellement d'autres choses

Résumé

Introduction : Les troubles fonctionnels intestinaux, tel le syndrome de l'intestin irritable, sont de plus en plus fréquents dans notre société. Ce syndrome est souvent associé à des comorbidités psychologiques. Les traitements médicamenteux apportent des résultats modérés. L'objectif de ce travail est de comprendre comment améliorer la prise en charge des patients souffrant de cette maladie au sein de notre cabinet de médecine générale.
Méthode : La méthode de travail est basée sur un protocole d'assurance qualité. La première phase a consisté en une recherche non exhaustive de la littérature. Ensuite un échantillon de 87 patients a été sélectionné et analysé à partir de la démarche diagnostique jusqu'à la prise en charge. Les objectifs de travail et les pistes d'action intermédiaires ont été élaborés au sein du cabinet. Par la suite les actions ont été mises en application. Enfin la dernière étape a consisté à évaluer les actions mises en place.
Résultats : Les connaissances sur la maladie ont été améliorées. En l'absence de signal d'alarme, le syndrome de l'intestin irritable est diagnostiqué sur base des symptômes et des critères de ROME IV. La prévalence de la maladie au sein du cabinet est sous-estimée mais elle s'élève à 5%. 31 dossiers ont été revus et traités selon les critères de ROME IV (soit 36% contre 3,5% initialement). Ils ont également été traités en collaboration avec la diététicienne et les comorbidités psychologiques ont été recherchées.
Discussion : De grosses lacunes ont été mises en évidence au sein du cabinet concernant la démarche diagnostic. De même qu'au niveau de la prise en charge qui ne tenait pas compte des comorbidités psychologiques et ne proposait pas d'intervention nutritionnelle adéquate. Ces lacunes ont pu être partiellement comblées par la mise en application des actions définies.

Mots-clés : Syndrome de l'intestin irritable (CISP:D93 ; CIM-10 K58-9) , critères de ROME, comorbidités (QD322), psychologue (QS443), nutrition (QP51).

Glossaire et abréviations

- SII : Syndrome de l'Intestin Irritable
- SII-C : Syndrome de l'Intestin Irritable Constipation
- SII-D : Syndrome de l'Intestin Irritable Diarrhées
- SII-M : Syndrome de l'Intestin Irritable Mixte
- SII-I : Syndrome de l'Intestin Irritable Indéterminé (=SII-U : Undefined)
- SSMG : Société Scientifique de Médecine Générale
- Mesh : Medical Subject Headings (Système de métadonnées médicales) : Terminologie
- Emtree : Embase subject headings
- KCE : Belgian Health Care Knowledge Centre
- SCI : Syndrome du Côlon Irritable
- KU Leuven : Katholieke Universiteit Leuven
- DMI : Dossier Médical Informatique
- DMG : Dossier Médical Global
- CRP : Protéine C Réactive (marqueur inflammatoire)
- VS : Vitesse de Sédimentation (marqueur inflammatoire)
- CCR : Cancer ColoRectal
- SOAP : Simple Object Access Protocol. Protocole d'échange d'informations structurées utilisé dans les logiciels informatiques médicaux. Permet l'encodage des données de consultations comme les plaintes du patient, l'examen clinique, le diagnostic,…
- Leaky Gut : Hyperperméabilité intestinale
- GEIMG : Groupe d'Ethique Interuniversitaire pour la Médecine Générale
- AEG: Altération de l'Etat Général
- RCUH: Rectocolite Ulcéro-Hémorragique
- GHQ28: General Health Questionnaire 28 (28 items). Mesure de dépistage sous la forme d'un questionnaire d'auto-évaluation, utilisée pour détecter un possible trouble psychologique
- IRM : Imagerie par Résonnance Magnétique
- Probiotiques : Micro-organismes vivants (bactéries ou levures)
- FODMAPs : Fermentable Oligo, Di, Monosaccharides And Polyols
- Caséine : Protéine de lactosérum
- PET CT = PET scanner : Tomographie par Émission de Positrons

Table des matières

Citation……ii
Remerciements……iii
Résumé……iv
Glossaire et abréviations……v
Table des matières……6
1. Introduction……8
2. Méthodologie……10
2.1 Recherches bibliographiques……10
2.2 Définition de l'importance de la problématique……11
2.3 Définition des critères de qualité……11
2.4 Décision du comité d'éthique……13
2.5 Analyse de la pratique……13
2.5.1 Contexte de l'analyse……13
2.5.2 Revue des dossiers……13
2.5.2.1 Méthode de sélection des dossiers……13
2.5.2.2 Analyse des dossiers informatiques……15
2.6 Définition des objectifs de travail……15
2.6.1 Définition des objectifs intermédiaires : planifier les actions……15
2.7 Mise en application des actions au sein du cabinet selon les objectifs intermédiaires définis……17
2.8 Evaluation de la mise en application des actions au sein du cabinet……18
3. Résultats……18
3.1 Rappel théorique succinct sur le syndrome de l'intestin irritable……18
3.2 Résultats de l'analyse des dossiers……24
3.2.1 Epidémiologie au sein du cabinet……24
3.2.2 Résultats de l'analyse initiale des dossiers……24
3.3 Résultats de la mise en application des actions au sein du cabinet……29
3.4 Evaluation de la situation au sein du cabinet après la mise en application des actions……30
4. Discussion……31
4.1 Interprétation des résultats……31
4.2 Atteinte des objectifs, identification des biais et des difficultés rencontrées……33
4.2.1 Atteinte des objectifs……33
4.2.2 Identification des biais……33

4.2.3 Identification des difficultés rencontrées……35
4.3 Définition des rôles de chaque intervenant……36
4.3.1 L'importance du médecin généraliste dans la prise en charge……36
4.3.2 Le rôle de la diététicienne……36
4.3.3 Le rôle du psychologue……37
4.3.4 Le patient……37
4.4 Et ensuite ?……38
5. Conclusion……39
Bibliographie……42
Annexes……45

1. Introduction

Les troubles fonctionnels intestinaux, comme le syndrome de l'intestin irritable, sont de plus en plus fréquents dans notre société. Ils sont des motifs de consultations à répétition en médecine générale et chez les spécialistes. Ils mènent à des séries d'investigations abusives (1,2).
Le syndrome de l'intestin irritable (SII) a une prévalence mondiale d'environ 10% et 15% dans la population occidentale (3). En Belgique sa prévalence est de 15% dans la population adulte (2). Il est plus fréquent chez les femmes avec un ratio de 2:1 ainsi que chez les patients âgé de moins de 45ans. La prévalence augmente à nouveau chez les patients plus âgés (1,4,5,6,7).

Il est fréquemment associé à de la dépression, avec une prévalence de 30% contrairement à 18% dans la population générale, ainsi qu'à de l'anxiété avec une prévalence de 16% contrairement à 6% dans la population générale (1,6). 40 à 60% des patients atteints de SII souffrent de comorbidités psychologiques (3,8).

Ces patients ont tendance à consulter plus souvent leur médecin (1.6 consultations/3mois vs 0.8consultations/3mois dans la population générale) et consomment aussi plus de médicaments (6).
Dans de nombreux cas, la qualité de vie du patient est impactée, la productivité est diminuée et le taux d'absentéisme s'accentue conjointement à l'augmentation du coût des soins de santé (2,3,8)

En l'absence de signal d'alerte, le SII doit être diagnostiqué sur base des symptômes, de la persistance de ceux-ci et en tenant compte des critères de ROME IV (4,6,9,10, 11,12). Le SII est classé en 4 sous-types selon les troubles du transit prédominants : diarrhées (SII-D), constipation (SII-C), mixte en cas alternance de diarrhées et de constipation (SII-M) ou indéterminé (SII-I) s'il n'y a pas de trouble du transit. Ce classement peut être établi en utilisant l'échelle de Bristol (11). Voir ANNEXE 1

Il serait le résultat d'un dérèglement de l'axe microbiote-intestins-cerveau mais la physiopathologie exacte de la maladie n'est pas encore connue (3,4). Néanmoins, il est apparu de plus en plus évident au cours de cette dernière décennie que la cause de ce syndrome, si répandu mais pourtant encore sous-estimé, est multifactorielle (3,4,6,13). Ce qui rend sa prise en charge compliquée. « Trouble fonctionnel » ne signifie pas pour autant « psychosomatique ». Les études réalisées ces dernières années ont montré que les maladies fonctionnelles digestives sont caractérisées par la présence d'altérations organiques qu'il n'est pas possible de mesurer par les examens utilisés dans notre pratique actuelle (8,14).

Dans la pratique courante, le syndrome de l'intestin irritable reste trop souvent un diagnostic d'exclusion face aux désarrois du patient et de son médecin suite à une série d'examens complémentaires « rassurants » (2,6).
Il est fréquemment attribué au stress ou aux désordres psychologiques. La prise en charge pharmacologique proposée est suboptimale et atteint rapidement ses limites (7,8,10).
Dans ce cadre, le rôle du médecin traitant est d'améliorer la qualité de vie du patient et de proposer une prise en charge adéquate visant à réduire l'incidence des symptômes et le nombre de consultations (5).

L'objectif principal de ce travail est d'évaluer comment améliorer la prise en charge des patients atteints du syndrome de l'intestin irritable. L'évaluation est réalisée au sein de notre cabinet de médecine générale, selon un protocole d'assurance qualité, dont les principes sont les suivants :

- Procéder à une recherche non exhaustive de la littérature et des derniers guidelines
- Définir les critères de qualités et identifier la situation idéale à atteindre
- Analyser la situation initiale
- Définir les objectifs à atteindre et les objectifs intermédiaires
- Planifier et mettre en place les actions déterminées
- Evaluer les actions mises en place

2. Méthodologie

2.1. Recherches bibliographiques :

J'ai commencé par réaliser une recherche non exhaustive dans la littérature. Les bases de données « Pubmed » et « Embase » ont été interrogées afin d'en connaître d'avantage sur la maladie.
Dans Pubmed les Mesh qui ont été définis sont : « gut microbiota, irritable bowel syndrome, anxiety, quality of life, microbiota-gut-brain-axis, dysbiosis, gastro-intestinal microbiome ».
Dans Embase, les mots de recherche de Emtree qui ont été définis sont « gut microbiome, irritable colon ».

Une pré-sélection des articles a été faite sur base des titres et des résumés disponibles. Tous les articles traitant de maladies inflammatoires de l'intestin, ou destinés à la population paramédicale ont été exclus. Les articles non rédigés en français ou en anglais ont également été exclus.
Les articles dont le texte était disponible dans son entièreté traitant des généralités du syndrome de l'intestin irritable ainsi que ceux traitant du microbiote au sens large ou de l'association entre le syndrome de l'intestin irritable et les comorbidités extra-intestinales ont été lus et sélectionnés.
Aucun article n'a été exclu selon la date de publication. Cependant les articles se rapportant à la population occidentale ou datant de moins de 5ans ont été privilégiés.

Les guides de pratique clinique et les sources « Evidence Base » avec recommandations comme « Ebpracticenet », « Farmaka », « National Institute for Health and Care Excellence » (NICE), « KCE » ont également été consultés.

Un livre sur le microbiote intestinal a été lu et une formation e-learning sur le syndrome de l'intestin irritable disponible sur le site de la SSMG a été réalisée.

Après avoir parcouru toutes ces sources d'informations, j'ai pu me faire une idée plus précise sur le SII. Mon maître de stage a été sensibilisé à la problématique.

Je lui ai également conseillé quelques lectures afin d'étayer ses connaissances dans le domaine du SII.
Nous avons eu l'occasion de discuter longuement concernant la pathologie et nous nous sommes interrogés sur la prise en charge adéquate ainsi que sur les implications de la maladie en terme de santé publique. Nous nous sommes également intéressés aux conséquences du SII sur la qualité de vie des patients.

La conclusion que nous en avons tiré est que le sujet est intéressant car la prise en charge de cette pathologie peut être améliorée en médecine générale.

2.2. Définition de l'importance de la problématique :

Le SII, aussi appelé syndrome du côlon irritable (SCI), est un problème de santé de plus en plus fréquent conduisant à une utilisation importante des soins médicaux.
Via ma pratique personnelle et suite à un rapide sondage auprès de mes collègues du cabinet ou de professionnels de santé d'autres structures, je me suis rendu compte que nous nous sentons démunis face au diagnostic et à la prise en charge de cette pathologie.
Les patients sont souvent découragés par une série d'examens complémentaires réalisés et revenant « négatifs ». Ces examens retardent le diagnostic et accentue le sentiment d'anxiété ou d'incompréhension du patient souffrant de problèmes concrets. Cette anxiété multiplie le recours à divers soins de santé et amplifie les symptômes. Un cercle vicieux s'installe et devient difficile à enrayer.

Il est donc important d'identifier comment améliorer la prise en charge de ces patients en médecine générale.
Nous avons procédé à une analyse de notre pratique au sein du cabinet et avons dégagé plusieurs critères intéressants à approfondir.

2.3. Définition des critères de qualité :

Le sujet est **pertinent** vu le nombre grandissant de patients souffrant de maladies fonctionnelles digestives et la demande implicite, voire explicite, de ceux-ci d'y apporter une solution.

Il n'existe pas dans la littérature de critères précis en terme de résultats à obtenir.
Néanmoins, après une discussion dans l'équipe, avec des confrères travaillant dans d'autres structures et ma promotrice, diététicienne expérimentée dans la prise en charge du syndrome de l'intestin irritable, nous avons réfléchi à une situation idéale.
Tous les dispensateurs de soins devraient être sensibilisés et mieux **informés** sur la problématique afin de rendre la prise en charge plus cohérente et plus optimale.
Le **travail en équipe et l'interdisciplinarité** devraient être améliorés. Tous les dispensateurs de soins devraient participer au programme de manière systématique. Les collaborateurs paramédicaux devraient être intégrés à la prise en charge et les rôles de chacun bien définis.
Une **systématisation dans le remplissage des dossiers** devrait être acquise. Les informations récoltées et fournies au patient par les différents intervenants devraient être mentionnées dans les dossiers afin d'assurer une meilleure **continuité de soin**. Cela permettrait d'améliorer le contact avec le patient mais aussi de pouvoir apprécier l'évolution de la prise en charge proposée.
Le diagnostic devrait être posé de manière systématique selon les symptômes, les critères des Rome IV et en l'absence de signal d'alarme. Une formule sanguine et un marqueur inflammatoire pourraient être recherchés à la biologie.
Le patient devrait être considéré dans sa **globalité**. Tous ses aspects devraient être pris en charge y compris ceux qui sortent du cadre médicamenteux comme l'aspect psychologique, diététique ou encore le sentiment d'appartenance sociale au travers du travail et des activités quotidiennes.
Un point d'honneur devrait être mis sur l'**accessibilité** en offrant au patient des consultations de 30min au vu de la complexité de la problématique à gérer.
Eduquer le patient sur la physiopathologie de la maladie et ses traitements permettrait de le sensibiliser à une meilleure prise en charge. Le rendre acteur de sa propre santé en favorisant son **autonomie** et en prévenant la récidive des symptômes améliorerait la **satisfaction** de tous. Le patient serait également rassuré quant à la maladie car bien que invalidante, elle est tout à fait bénigne.

2.4. Décision du comité d'éthique :

Une approbation « A » a été reçue de la part du comité d'éthique « GEIMG » pour ce travail. Elle est disponible en ANNEXE 2.

2.5. Analyse de la pratique :

2.5.1. Contexte de l'analyse :

Le cabinet se situe en milieu semi-rural, la patientèle est variée. Il est composé d'une association de 3 médecins indépendants, dont mon maitre de stage. Je suis la seule assistante présente au cabinet. Nous travaillons avec une secrétaire qui gère mon agenda et celui de mon maitre de stage.

Ce travail est réalisé en collaboration avec mon maitre de stage sur les dossiers de nos patients âgé de 18ans ou plus, présentant des symptômes du SII.
Les 2 autres médecins ne travaillent pas avec le même logiciel informatique que nous. Il n'est donc pas possible d'avoir accès à leurs dossiers.

2.5.2. Revue des dossiers :

2.5.2.1. Méthode de sélection des dossiers :

Nous avons commencé par établir une liste de patients vus en consultation et dont le diagnostic de syndrome de l'intestin irritable a pu être posé ou suspecté.

Par la suite, j'ai mené une recherche dans le logiciel informatique sur l'ordinateur du cabinet. Nous travaillons avec le logiciel labélisé Health ONE ®. L'avantage de celui-ci pour la réalisation de ce travail est qu'il contient un onglet statistique à la portée de tous. Il offre la possibilité d'effectuer une recherche dans la base de données de population selon nos besoins (via l'onglet « Analyse » puis « de population » puis « Analyses utilisateur »).
Il est possible d'effectuer et d'enregistrer une recherche selon différents critères (les critères du patient, les critères de la transaction de consultation, les antécédents, les critères d'inclusion et d'exclusion souhaités,…).
Cet outil permet d'obtenir une liste de patients répondant aux critères sélectionnés.

Les données informatiques sont synchronisées toutes les minutes entre tous les ordinateurs du cabinet. Toutes les informations nécessaires sont disponibles en temps réel.

J'ai effectué une recherche parmi les transactions enregistrées à mon nom et celles au nom de mon maitre de stage.
- Recherche parmi les antécédents médicaux : « côlon irritable », « constipation fonctionnelle » et « colopathie fonctionnelle »
- Recherche parmi les motifs de consultation : « diarrhées », « douleur abdominale », « ballonnement intestinal », « colite », « constipation », « constipation fonctionnelle », « côlon irritable » et « colopathie fonctionnelle ».
- Recherche parmi les prescriptions médicamenteuses : « Enterofytol », « Kijimea », « Lactibiane tolérance », « Lactibiane référence », « Carmenthin », « Tempocol », « Symbiosis Alflorex ».
Les détails des recherches effectuées sont disponibles en ANNEXE 3.

J'ai obtenu une liste de 475 patients correspondant à mes critères.
Les dossiers en doublon ont été éliminés.
Les dossiers suivant ont été exclus :
- les dossiers de patients âgés de moins de 18ans
- les dossiers pour lesquels le diagnostic a été encodé dans le logiciel mais dont aucune transaction n'a été retrouvée pour des plaintes digestives
- les dossiers de patients présentant de la constipation simple
- les dossiers de patients perdus de vue ou inactifs
- les dossiers de patients ayant présenté ce type de symptômes de manière isolée et/ou ne correspondant pas au diagnostic
- les dossiers de patients dont aucune transaction n'a été retrouvée pour des plaintes digestives au cours des 10 dernières années
- les dossiers de patients dont la médication a été administrée pour des causes aigües
- les dossiers de patients dont la médication a été encodée mais dont nous ne disposons pas d'informations sur le contexte de prescription

→ 87 dossiers correspondant aux critères de recherche ont été obtenus et ont été analysés en détails.

2.5.2.2. Analyse des dossiers informatiques :

Les données des dossiers informatiques ont été analysées de manière quantitative selon une grille d'analyse construite d'après les points essentiels de la prise en charge du syndrome de l'intestin irritable trouvés lors de la revue de littérature. Les détails de l'analyse sont disponibles en ANNEXE 4.

2.6. Définition des objectifs de travail :

La prise en charge du SII passe avant tout par l'établissement d'un diagnostic correct. Actuellement 3.5% des dossiers sont traités selon les critères de ROME IV et 4.6% sont traités partiellement selon les critères de ROME IV.
L'objectif de ce travail est que 90% des dossiers informatiques soient traités selon les critères de ROME IV dans 1 an. Voir critères de Rome IV en ANNEXE 5.
Sur la période de travail, l'objectif défini, et donc l'indicateur à atteindre est la moitié de l'objectif fixé à 1an, soit 45% des dossiers de patients souffrant du SII.

Un second objectif a été déterminé. Celui-ci est que dans 1an, 90% des dossiers informatiques mentionnent si la collaboration avec une diététicienne a été nécessaire. La recherche de comorbidités psychologiques devra également avoir été indiquée dans 90% des dossiers dans 1an.
Ici, l'indicateur à atteindre est également la moitié de l'objectif fixé à 1 an, soit 45% des dossiers de patients souffrant de SII.

2.6.1. Définition des objectifs intermédiaires : planifier les actions

Après une réunion de concertation en équipe, les pistes d'action suivantes ont été définies :

1) Approfondir les connaissances de l'équipe
2) Etablir une liste de patients souffrant du SII
3) S'assurer que chaque patient possède un dossier médical informatique (DMI) à jour, avec un titulaire de dossier médical global (DMG) attitré

4) Définir un endroit unique, facile d'accès, dans le DMI où seront recensées les informations concernant la maladie du patient
5) Prévoir des plages de consultation plus longues pour ces patients
6) Imprimer les critères de ROME IV afin de les utiliser aisément en consultation ou en visite au domicile
7) Etablir un algorithme sur base des guidelines pour aider au diagnostic et à la prise en charge
8) Imprimer l'échelle de Bristol pour classer le patient dans un sous-type de SII. Pour rappel elle est disponible en ANNEXE 1
9) Imprimer des questionnaires d'auto-évaluation psychologique GHQ28 (General Health Questionnaire dans sa version à 28 items : GHQ-28 de Golberg) pour les distribuer aux patients si nécessaire. Le but est de détecter la présence de comorbidités psychologiques et les conséquences de la maladie sur la qualité de vie (15,16,17).
   Voir ANNEXE 6
10) Sensibiliser l'équipe aux dernières recommandations de prise en charge du SII
11) Indiquer dans chaque dossier, à l'endroit prédéfini, toutes les informations reçues de la part du patient ainsi que toutes celles qui lui ont été fournies. Le but est de faciliter l'échange au sein de l'équipe
12) Indiquer si des résistances de la part du patient ont été rencontrées
13) Imprimer des affiches à disposer en salle d'attente pour sensibiliser le patient à la problématique
14) Mettre à disposition des questionnaires sur les habitudes alimentaires des patients souffrant de SII
15) Prendre contact avec des diététiciennes et des psychologues afin d'établir une collaboration pluridisciplinaire pour la prise en charge de nos patients
16) Créer un carnet de soins et de liaison pour le patient. Le but de celui-ci serait d'éduquer le patient à sa pathologie. Il permettrait également de centraliser toutes les informations de la part des différents intervenants rencontrés par le patient. Le but est d'améliorer l'autonomie du patient et l'échange pluridisciplinaire

2.7. Mise en application des actions au sein du cabinet selon les objectifs intermédiaire définis

La participation des soignants a été sollicitée tout au long de l'évolution du travail.

1) Une analyse approfondie de la littérature a été réalisée par chacun, afin d'en connaître d'avantage sur les dernières recommandations dans le domaine du SII. Nous avons discuté de l'analyse de la littérature au fur et à mesure de l'avancement des recherches de chacun
2) Une liste de patients a été établie en consultation et sur base des recherches menées dans les dossiers informatiques
3) Tous les dossiers ont été mis à jour. Les DMG de tous les patients souffrant de SII ont été vérifiés
4) Un endroit précis où recenser les données de la maladie dans les dossiers a été défini ensemble lors d'une réunion. Un encodage systématique a été établi
5) Les plages de consultation ont été revues avec la secrétaire afin de pouvoir accorder plus de temps aux patients concernés
6) Les critères de Rome IV ont été imprimés et plastifiés afin de pouvoir les utiliser aisément en consultation ou à domicile
7) Un algorithme d'aide au diagnostic et à la prise en charge a été créé en concertation d'équipe et selon les besoins de chacun. Il a été imprimé, plastifié et mis à disposition dans le cabinet. Celui-ci est disponible en ANNEXE 7
8) L'échelle de Bristol a également été imprimée et mise à disposition dans le cabinet
9) Le questionnaire d'auto-évaluation psychologique (GHQ28) a été imprimé et distribué aux patients pour qui des conséquences sur la qualité de vie ont été détectées. Celui-ci sera à analyser lors d'une prochaine consultation

10) Toutes les informations fournies au patient lors des consultations ont été indiquées à l'endroit prédéfini. Les transactions de consultation ont été remplies de manière plus rigoureuse afin d'intégrer toutes les données reçues par le patient. Un consensus sur les termes à utiliser pour l'encodage a été établi.
11) Des affiches de sensibilisation au SII ont été créées, imprimées et placées en salle d'attente
12) Les questionnaires d'évaluation d'habitudes alimentaires du patient n'ont pas été élaborés par manque de temps
13) Nous avons contacté et convenu de travailler avec une diététicienne expérimentée dans la prise en charge du SII et une psychologue de la région
14) Un carnet de soins et de liaison a été créé facilitant l'échange pluridisciplinaire et l'éducation du patient. De cette manière nous agissons sur la prévention tertiaire de la maladie. Voir ANNEXE 8

2.8. Evaluation de la mise en application des actions au sein du cabinet

Les détails de l'évaluation de la mise en application des actions seront abordés dans le chapitre suivant s'intéressant aux résultats du protocole.

3. Résultats de la recherche

3.1. Rappel théorique succinct sur le syndrome de l'intestin irritable

Le syndrome de l'intestin irritable est une association de douleurs abdominales chroniques et récurrentes avec des troubles du transit intestinal (2,4,5,6,7,16). Les symptômes peuvent être d'intensité variable, allant d'un simple inconfort à des patients alités pour qui il est difficile de maintenir un fonctionnement psycho-social normal (5,18).
Les répercussions sur la qualité de vie du patient peuvent être conséquentes. Elles sont directement liées à l'intensité des symptômes et il est important de les détecter afin de les prendre en charge (5,12,19, 20).

Le taux de dépression et d'anxiété est supérieur chez la population atteinte du SII par rapport à la population générale (6,19). Tout comme le taux d'absentéisme au travail qui est inversement proportionnel à la productivité de l'individu (3,4,5,6,19). La dramatisation a également tendance à être majorée dans cette population qui fait preuve d'un taux de résilience assez faible (21,22).
Le SII est fréquemment associé à de l'insomnie, à de la fatigue chronique, à une faible estime de soi, à la fibromyalgie, à des céphalées, à des cystites interstitielles, à de l'impuissance sexuelle... (3,5,6).

Bien que certaines pistes commencent à se dégager, les mécanismes physiopathologiques de ce syndrome sont multiples et encore peu connus. Une étude récente de 2021 de la KU Leuven a mis en avant l'hypothèse que les mastocytes de la paroi intestinale seraient activés par une réaction immunitaire très localisée et libèreraient de l'histamine responsable en partie des symptômes (23).
Des troubles de la motilité gastro-intestinale, l'inflammation de la paroi intestinale, l'hypersensibilité viscérale et une perturbation du microbiote intestinal sont incriminés. Au même titre que le sont l'implication du système nerveux autonome, de l'axe hypotalamo-hypophyso-surrénalien, la prédisposition génétique et les facteurs environnementaux comme la dynamique familiale. Le régime alimentaire et l'exposition au stress (notamment à des évènements vécus à des âges précoces de la vie) sont également reconnus comme étant des facteurs favorisant la maladie (8).
La symptomatologie est due à un dysfonctionnement de l'axe intestin-cerveau.

Tableau 1 : Mécanismes physiopathologiques du SII (5)

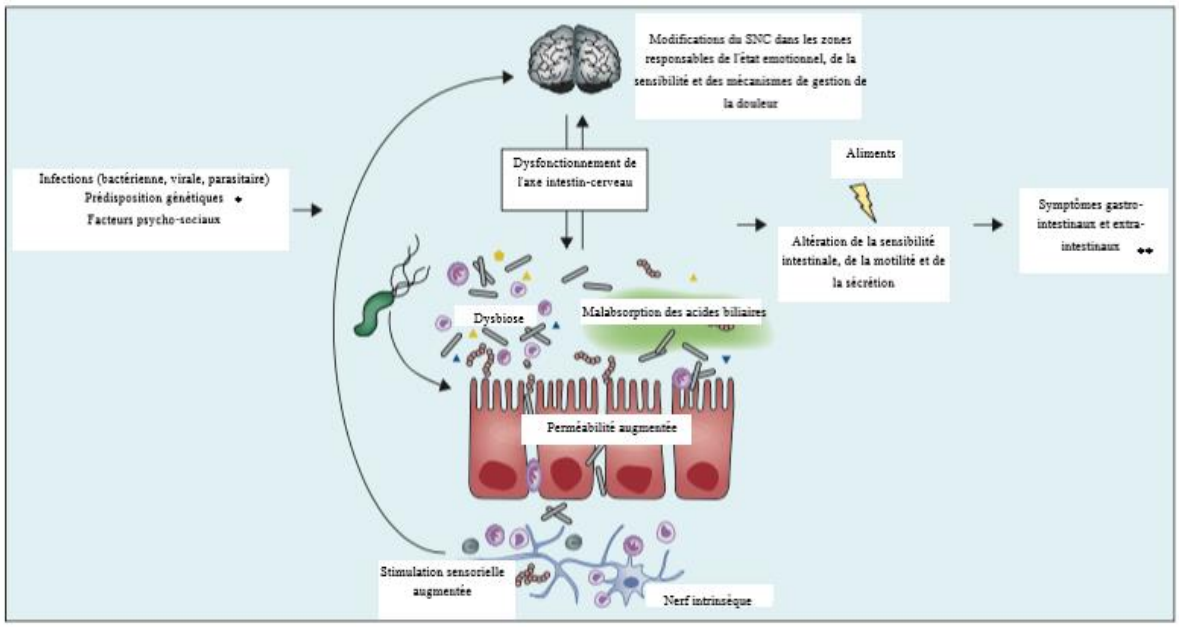


Tableau 1 : Mécanisme physiopathologiques impliqués dans le SII

SII = Syndrome de l'intestin irritable. *1) Des études sur l'association génomique ont montré une association avec des variations du chromosome 9 et des mutations sur le gène sucrase-isomaltase. D'autres études ont montré que aproximativement 2% des patients avec un SII sont porteurs de mutations sur le SCN5A qui altère la fonction des canaux sodiques voltage dépendants. ** 2) Les symptomes gastro-intestinaux comprennent des douleurs abdominales, une altération du transit et/ou de la fréquence des selles et un ballonnement. Les symptomes extra-intestinaux comprennent les douleurs dorsales, les symptômes vésicaux et gynécologiques, les céphalées et la fatigue.

Tableau original en anglais en ANNEXE 9

Le syndrome de l'intestin irritable est connu depuis de nombreuses années. Les critères de Manning ont d'abord été élaborés en 1976 pour aider à l'établissement du diagnostic. Ensuite sont apparus les premiers critères de Rome en 1990, ceux-ci ont été revisités en 1999, en 2006 et dernièrement en 2016, que l'on connaît actuellement comme les critères de Rome IV. La comparaison des critères de ROME III avec les critères de ROME IV est disponible en annexe 5.

Ils permettent d'établir un diagnostic de SII en l'absence de signal d'alarme. Dans ces conditions, les patients remplissant ces critères ne sont pas plus à risque de présenter une maladie organique que les patients asymptomatiques. A l'exception de la maladie coeliaque qui elle, semble avoir une prévalence 3x supérieure chez les patients atteints de SII (5,6).

Les signes d'alarme sont (4,6) :
- l'apparition de symptômes à un âge supérieur ou égal à 50ans
- la présence d'une altération de l'état général
- la présence de sang dans les selles
- la présence d'une perte pondérale involontaire
- la présence d'antécédents familiaux de néoplasie colorectale, de maladie intestinale inflammatoire ou de maladie coeliaque

Il convient toujours d'exclure une maladie coeliaque devant un tableau de SII mixte (alternance constipation et diarrhées) ou à prédominance de diarrhées (12).

Actuellement, les traitements sont diversifiés et complexes. Ils sont essentiellement basés sur le tableau clinique du patient. Il n'est pas encore possible de guérir le syndrome de l'intestin irritable. L'objectif de la prise en charge est de soulager les plaintes, de stabiliser la maladie et de prévenir la récidive des symptômes.
La détection des conséquences de la maladie sur la qualité de vie et sur le fonctionnement psycho-social du patient est indispensable.

L'établissement d'un diagnostic positif, la réassurance et l'éducation du patient à la maladie constituent une étape importante de la prise en charge (5,8,10,12).
Procéder à un changement de style de vie avec une augmentation de l'exercice physique et une adaptation du régime alimentaire constituent également une étape indispensable dans la prise en charge (8).
Le régime sans FODMAPs (Fermentable Oligo, Di, Monosaccharides And Polyols) est celui qui a montré le plus de preuves d'efficacité dans le SII. Il est très contraignant à appliquer et nécessite une certaine prudence. Les conseils avisés et la supervision d'une diététicienne sont précieux (24).

Une médication à visée symptomatique est essentielle. Tout comme l'utilisation de probiotiques et de compléments alimentaires dans le but de réduire l'état inflammatoire et de restaurer la perméabilité de la paroi intestinale.

Les thérapies cognitivo-comportementales, le yoga, l'hypnose et les moyens visant à réduire le stress peuvent également s'avérer efficaces. Ces techniques agissent aussi bien sur les symptômes gastro-intestinaux que sur les symptômes extra-intestinaux et donnent parfois de meilleurs résultats que les traitements médicamenteux (1,7,8,12,25,26).

L'ostéopathie constitue une approche thérapeutique intéressante, des études sont toujours en cours pour en évaluer le réel bénéfice.

D'autres thérapies sont également disponibles en seconde ligne pour les formes plus sévères comme les anti-dépresseurs (tricycliques ou SSRI), la prégabaline (Lyrica ®), les 5HT4 agonistes (Résolor ® agissant sur les récepteurs de la sérotonine et active la motricité intestinale), les sécrétagogues intestinaux (Linaclotide ®), les 5HT3 antagonistes (Ondensétron ®), la Rifaximine ®,… (5,8)

Un aperçu non exhaustif des traitements médicamenteux est disponible dans le tableau 2

Tableau 2 : Récapitulatif des traitements médicamenteux disponibles (8)

Interventions médicamenteuses possibles pour le SII

Douleur abdominale	**Sous-type intestinal : SII-C (Troubles du transit avec prédominance de constipation)**	**Sous-type intestinal : SII-D (Troubles du transit avec prédominance de diarrhées)**
Antispasmodiques Huile de menthe poivrée	Activateurs sélectif des canaux chlore (Lubiprostone = Amitiza. non commercialisé en Belgique)	Agonistes opïodes (Codéine, tramadol) Association agonistes/antagoniste opïodes (Méthadone, Suboxone)
Inhibiteurs sélectif de la recapture de la sérotonine (SSRI)	Laxatifs osmotique (PEG) Psyllium	Antibiotiques (Rifaximine) Séquestrants d'acides biliaires
Antidépresseurs tricycliques	Agoniste de la Guanylate cyclase C (Linaclotide)	Probiotiques 5-HT3 antagonistes (Ondansétron)

Tableau original en anglais en ANNEXE 10

En résumé :

- SII à prédominance de diarrhées ou SII mixte :

- Traitements médicamenteux symptomatiques
- Restauration d'une flore intestinale de qualité : Probiotiques spécifiques + rééquilibrage alimentaire
- Restauration de la perméabilité de la paroi intestinale et réduction de l'inflammation: compléments alimentaires (Curcuma et Glutamine pendant 1 à 3 mois).
- Envoi vers une diététicienne pour une prise en charge diététique adaptée

- SII à prédominance de constipation :

- Traitements médicamenteux symptomatiques
- Restauration d'une flore intestinale de qualité (favoriser l'apport en fibres): Probiotiques spécifiques + rééquilibrage alimentaire
- Si présence d'un syndrome inflammatoire de bas grade (CRP ou VS légèrement majorée) il s'agit de ce qu'on appelle un « Leaky gut » : donner un complément alimentaire (type Curcuma) pour diminuer l'inflammation
- Envoi vers une diététicienne pour une prise en charge diététique adaptée

- SII indéterminé :

- Traitements médicamenteux symptomatiques
- Envoi vers une diététicienne pour une prise en charge diététique adaptée

→ Dans tous les cas : une recherche de comorbidités psychologiques éventuellement présentes et des conséquences de la maladie sur la qualité de vie doit être effectuée. Si leur présence est avérée, un questionnaire d'auto-évaluation psychologique (GHQ28) est à remplir par le patient afin d'évaluer la nécessité de l'orienter vers une psychologue.

A noter que pour la prescription de probiotiques, il est possible de réaliser une analyse du microbiote intestinal à partir des selles. Le but est de rééquilibrer celui-ci par l'administration des souches déficitaires. La composition « idéale » du microbiote intestinal n'est pas encore exactement connue.

Néanmoins, cela permet d'obtenir une idée de la composition de la flore intestinale du patient et de la corriger selon les recommandations actuelles. Cette analyse n'est malheureusement pas remboursée et est à charge du patient.
Un exemple d'analyse est disponible en ANNEXE 11.

L'empathie et l'implication du soignant à l'égard du patient sont indispensables dans la prise en charge du SII. Elles permettent de diminuer considérablement le recours aux soins de santé et améliorent la symptomatologie à long terme (8,20). Une relation de confiance et de soutien doit être créée avec le patient. Un suivi et une réévaluation des plaintes doit être programmé afin de détecter une éventuelle modification des symptômes (6,10,12).

3.2. Résultat de l'analyse des dossiers

3.2.1. Epidémiologie au sein du cabinet

Sur un total de 1725 patients actifs, 87 correspondent au diagnostic de SII. La prévalence du SII au sein du cabinet est de 5.05 %. Celle-ci est légèrement sous-estimée car les 1725 patients incluent les patients de moins de 18ans. Les dossiers de patients de moins de 18ans n'ont pas été traités pour ce travail.

3.2.2. Résultats de l'analyse initiale des dossiers

Le tableau 3 reprend les informations que l'on peut retrouver dans le DMI

Tableau 3 : Données du DMI

Données du DMI	Encodage dans DMI
Données socio-démographiques : - **Age** - **Sexe** - **Nationalité** - **Langue** - **Statut mutuelle**	Données disponibles dans le DMI
Données socio-démographiques : - **Niveau d'éducation** - **Emploi**	Données non encodées dans le DMI
Critères de ROME IV	Données non présentes dans le DMI
Date du diagnostic	Pas toujours connue
Sous-type de syndrome de l'intestin irritable	Données non encodées dans le DMI
Suivi proposé	Données non encodées dans le DMI
Résultats biologiques **Résultats d'imageries**	Données présentes dans le DMI
Avis spécialistes	Données présentes dans le DMI

Le tableau 4 reprend les résultats de l'analyse des données récoltées dans les dossiers. Les détails des données récoltées se trouvent en ANNEXE 4

Tableau 4 : Résultats de l'analyse des données des 87 dossiers étudiés

1 . Age	Moyenne : 51.6 ans Min : 18 ans Max : 89 ans 18 - 45 ans : 34 patients >45ans : 53 patients
2. Sexe	60 femmes / 27 hommes Ratio 2 : 1

3. Nationalité	• 81 belges • 5 italiens • 1 grecque
4. Pays de résidence	Belgique
5. Diagnostic	
- Par qui ?	• 23 patients ont été diagnostiqués par le gastro-entérologue • 51 patients ont été diagnostiqués par le médecin généraliste • 1 patient a été diagnostiqué par l'urgentiste • 12 ne sont pas diagnostiqués
- Application des critères de ROME IV ?	• 3 patients ont été diagnostiqués selon les critères de ROME IV • 4 patients ont été diagnostiqués selon les critères de ROME IV de manière incomplète (Présence d'une douleur abdominale récurrente datant de plus de 6mois mais sans rapport entre la douleur et les selles) Les critères de ROME IV n'ont été appliqués, partiellement ou totalement, que par le gastro-entérologue • 12 patients ne sont pas diagnostiqués • 68 patients ont été diagnostiqués sans application des critères de ROME IV. Diagnostic réalisé de manière subjective ou après exclusion de la présence de signal d'alarme
- Plaintes correctement encodées dans les dossiers ?	Oui pour les 87 patients mais informations pas toujours faciles à trouver
- Sous-type de SII encodé ?	Le sous-type de SII n'est précisé pour aucun des 75 patients qui ont été diagnostiqués
6. Examens complémentaires réalisés	
- Biologie et sérologies coeliaques	• 22 patients ont bénéficié d'une biologie avec CRP • 14 patients ont bénéficié d'une biologie avec sérologie coeliaque et CRP

	Aucune des biologies réalisées ne s'est avérée pathologique. Certains patients présentent un taux de CRP de bas grade.
- Analyse de selles (coproculture, calprotectine et recherche de sang)	• 16 patients ont réalisé une coproculture. Aucune ne s'est avérée positive • 13 patients ont réalisé une recherche de sang en dehors du dépistage CCR • 13 patients ont réalisé une recherche de calprotectine fécale 1 seul patient a présenté une calprotectine à 100, 1 autre patient a présenté une calprotectine majorée mais avec la présence de sang dans l'analyse, ce qui peut générer un faux positif
- Echographie abdominale	34 patients ont réalisé une échographie abdominale dont certains en ont réalisé plusieurs. Toutes ces échographies se sont avérées « sans explications aux plaintes des patients »
- CT scanner abdominal	29 patients ont réalisé un CT scanner abdominal dont certains en ont réalisé plusieurs. Aucun de ces examens n'a mis en évidence de pathologie organique en rapport avec les douleurs
- Cholangio-IRM	2 patients ont réalisé une cholangio-IRM qui s'est avérée négative
- Gastroscopie	39 patients ont réalisé une ou plusieurs gastroscopies. Certaines ont mis en évidence la présence d'oesophagite, d'hernie hiatale ou d'Hélicobacter pylori mais aucune des biopsies duodénales réalisées n'ont mis en évidence de maladie coeliaque
- Colonoscopie	38 patients ont réalisé une ou plusieurs colonoscopies dont 3 ont réalisé une colonoscopie malgré un test de dépistage CCR négatif. Certaines de ces colonoscopies ont mis en évidence une maladie diverticulaire, un dolichocolon ou des polypes mais aucune n'a confirmé la présence d'ulcérations suspectes de maladies inflammatoires

- Radiographie abdomen à blanc	3 patients ont réalisé une radiographie de l'abdomen à blanc. Aucune n'a révélé la présence de stase stercorale dans le cadre de douleurs abdominales
- Scintigraphie de vidange gastrique	2 patients ont réalisé une scintigraphie de vidange gastrique qui se sont avérées négatives
- Test au lactose	6 patients ont réalisé un test au lactose dont 4 étaient positifs
- IRM pancréatique, entéro IRM, IRM abdominal	• 1 patient a réalisé une IRM pancréatique • 1 patient a réalisé une entéro-IRM • 1 patient a réalisé une IRM abdominale Tous les résultats de ces examens se sont révélés négatifs
- Pet-scanner	1 patient a réalisé un PET CT qui est revenu négatif
7. Prise en charge proposée	• 87 patients ont bénéficié d'une prise en charge symptomatique • 17 patients ont bénéficié de conseils diététiques limités (majoration de la consommation de fibres ou éviction lactose ou éviction gluten ou éviction FODMAPS ou éviction caséine) • 1 patient a bénéficié de séances d'ostéopathie • 5 patients ont bénéficié de probiotiques • 5 patients ont bénéficié de traitement anti-dépresseurs et/ou anxiolytique mais aucun n'a été orienté vers une prise en charge psychologique • 13 patients ont bénéficié d'un traitement antibiotique de type Ciproxine ®, Bactrim ®, Ercefuryl ®, Gabbroral ®, Actapulgite ®, Nifuroxazide ® ou Flagyl ® • 1 patient a bénéficié d'un traitement par Pentasa ® empirique, sans preuve de maladie inflammatoire aux examens complémentaires Aucun patient n'a été orienté vers une psychologue dans le cadre de la prise en charge du SII
8. Suivi proposé	Un suivi a été proposé à 11 patients. Systématiquement par le spécialiste (gastro-entérologue ou urgentiste) en cas de persistance des symptômes ou pour contrôle d'examen complémentaire dans le cadre de pathologies

	autres que le SII (Ex : diverticulose, polype, ..)
9. Dépistage des comorbidités	• 52 patients présentent de l'anxiété • 24 patients présentent de la dépression • 10 patients présentent un burnout ou un épuisement • 5 patients présentent de l'insomnie • 7 patients présentent des cystites fréquentes • 3 patients présentent de la fibromyalgie Aucune de ses comorbidités n'a été mise en rapport avec le SII L'impact du SII sur la qualité de vie n'a pas été recherchée ou n'a pas été inscrite dans le DMI
10. Recours aux soins de santé	• 15 patients ont consulté 1x ou plus les urgences dans le cadre de douleurs abdominales • 19 patients consultent à répétition en médecine générale pour des plaintes abdominales ou multiples • 4 patients ont recours à des demandes d'interruption d'activité à répétition, en lien avec les plaintes digestives • 1 patient réalise un shopping médical important dans toute la Belgique et toutes spécialités confondues

Concernant l'encodage dans les transactions de consultation (SOAP): Aucune systématisation. Le diagnostic établi est parfois : « colopathie fonctionnelle, côlon irritable, colite, entérite virale ou infectieuse sans preuves bactériologiques, gastro-entérites aigues à répétition, dysentérie virale, intoxication alimentaire, colique intestinale, colon spastique », …

3.3. Résultats de la mise en application des actions au sein du cabinet

1) L'analyse de littérature a permis d'optimiser les connaissances de l'équipe dans le domaine du SII
2) La liste de patients établie a permis d'analyser la situation initiale au sein du cabinet
3) La vérification du titulaire du DMG a permis de s'assurer que les patients étaient bien titularisés chez nous.

4) La mise à jour des dossiers a permis de les exploiter plus aisément
5) Tous les patients souffrant de SII ont été marqués dans les dossiers informatiques dans le but d'attirer notre attention lors de l'ouverture du dossier patient
6) Les dossiers de patients ayant consulté durant la période de réalisation du travail ont été traités selon les critères de Rome IV
7) L'algorithme élaboré a permis d'orienter la prise en charge des patients selon le sous-type de SII établi grâce à l'échelle de Bristol
8) Les comorbidités psychologiques ont été recherchées. Nous n'avons pas eu de feedback concernant les questionnaires d'auto-évaluation psychologique car nous n'avons pas eu l'occasion de revoir les patients durant l'intervalle de travail
9) Une collaboration a pu être initiée avec la diététicienne et la psychologue qui ont été contactées

3.4. Evaluation de la situation au sein du cabinet après la mise en application des actions

Il n'y a pas eu de nouveau diagnostic durant le travail. 31 patients qui avaient été diagnostiqués « SII », ou qui ont présenté des symptômes compatibles au SII, ont été revus en consultation.

Grâce aux actions mises en place, les 31 dossiers ont pu être traités selon les critères de ROME IV (soit 36% des dossiers contre 3.5% des dossiers initialement).

Les dossiers mentionnent si une collaboration avec la diététicienne est nécessaire. Ils mentionnent également la présence éventuelle de comorbidités psychologiques. Les patients ont pu être réorientés vers la prise en charge la plus adéquate.

Parmi les 31 dossiers revus :

- 8 dossiers répondent de manière insuffisante aux critères de ROME IV pour le SII. Néanmoins, le traitement mis en place initialement semble avoir soulagé les patients.

- 23 dossiers rentrent bien dans les critères de ROME IV. Ils ont été revus selon la nécessité de collaboration avec la diététicienne. La recherche de comorbidités psychologiques a été réalisée

Parmi les 23 dossiers entrant dans les critères de ROME IV :

- 9 dossiers ne présentaient pas d'indication à une prise en charge diététique et ne présentaient pas de comorbidités psychologiques. Le traitement initialement proposé semble avoir soulagé les patients. Un suivi a été convenu avec eux.
- 14 dossiers nécessitaient l'intervention d'une diététicienne. Les patients n'étaient pas suffisamment soulagés par la prise en charge symptomatique initialement proposée. 4 patients ont refusé pour des raisons financières.
- 3 dossiers font mention de comorbidités psychologiques. Les patients ont reçu le questionnaire d'auto-évaluation psychologique GHQ28 à remplir à la maison. La nécessité de les orienter vers une psychologue sera donc évaluée lors de la prochaine consultation.

Un suivi régulier a été proposé aux 23 patients.

4. Discussion

4.1. Interprétation des résultats

Sur base de l'analyse réalisée, de grosses lacunes dans la démarche diagnostique ont été mises en évidence au sein du cabinet. L'encodage des données dans le DMI manque de systématisation. La prise en charge proposée est essentiellement médicamenteuse et ne tient pas compte des comorbidités éventuellement associées. La prise en charge nutritionnelle est délaissée. Aucun suivi n'est proposé d'emblée aux patients. De multiples examens complémentaires sont réalisés.

Après la mise en application des objectifs intermédiaires, la démarche diagnostique a pu être systématisée grâce aux critères de ROME IV. L'encodage des données dans les dossiers informatiques a été uniformisé au sein de l'équipe. Concernant la prise en charge, les dossiers font mention de la nécessité éventuelle d'une collaboration avec une diététicienne et/ou une psychologue.

Au sein de notre cabinet, la démarche diagnostique n'était pas systématisée. Elle reposait plutôt sur une évaluation subjective que sur des critères précis et validés comme les critères de ROME IV. Les gastro-entérologues semblent se baser systématiquement sur l'exclusion de signal d'alarme et appliquent peu ou partiellement les critères de ROME IV.
Par conséquent une première piste de réflexion se dégage à savoir pourquoi les critères de ROME sont si peu utilisés bien que pourtant validés et recommandés mondialement pour l'aide au diagnostic du SII.

Le régime alimentaire qui constitue pourtant un des piliers thérapeutiques était délaissé aussi bien au sein du cabinet que par le gastro-entérologue. Quelques conseils furtifs étaient parfois donnés aux patients qui étaient par la suite livrés à eux même pour la mise en application de ceux-ci. Les traitements administrés étaient essentiellement médicamenteux et montraient une escalade thérapeutique. Des antibiotiques non recommandés par les guidelines étaient parfois administrés par craintes d'autres pathologies. Les probiotiques étaient très peu utilisés. Les compléments alimentaires n'étaient pas du tout proposés.

L'analyse a également mis en évidence que 8 patients initialement diagnostiqués comme souffrant de SII ne répondaient pas aux critères de ROME IV. Néanmoins, le traitement qui avait été mis en place a permis de soulager ces patients.
Une seconde piste de réflexion se dégage, les critères de ROME IV sont-ils suffisamment pertinents à eux seuls pour pouvoir établir un diagnostic de SII ? Ne sont-ils pas trop restrictifs ?
Ceux-ci sont en constante évolution depuis 3 décennies, il s'agit d'un processus dynamique. La dernière révision de 2016 remonte à 8 ans. Les critères de ROME IV sont beaucoup plus restrictifs que les critères de ROME III. La comparaison est disponible en ANNEXE 5.
Il est prévu que de nouvelles révisions soient apportées prochainement pour générer les critères de ROME V lorsque les recherches aboutiront à une meilleure compréhension de la maladie et des traitements (20).
L'expérience, le sens clinique et la sensibilité du médecin sont des valeurs essentielles à ne pas négliger lors de la réalisation du diagnostic.

Lors de ce travail, nous avons constaté l'importance de l'encodage des données dans le DMI et de l'uniformisation de celles-ci. Cela demande un investissement initial plus important de la part du médecin généraliste de se conformer à un encodage spécifique mais permet de gagner du temps au chevet du patient et améliore la communication et la cohésion de l'équipe.

L'analyse a également confirmé que les patients atteints de SII ont un recours important aux soins de santé. Ils consultent massivement en salle d'urgence, en médecine générale mais également en médecine spécialisée. Ils réalisent une quantité importante d'imagerie médicale et d'examens complémentaires en tout genre. Cette constatation réalisée au sein de notre cabinet vient appuyer les données trouvées dans la littérature.

4.2. Atteinte des objectifs, identification des biais et des difficultés rencontrées

4.2.1. Atteinte des objectifs

Les objectifs n'ont été que partiellement atteints. Les indicateurs ont atteints 36% au lieu de 45%, ce qui correspond à 80% des objectifs initialement définis. Néanmoins, cela n'a pas empêché la rigueur de la démarche et la richesse des échanges de travail en équipe.

4.2.2. Identification des biais

Les résultats obtenus sont basés sur les données précédemment énoncées qui comportent certains biais. Ils sont une estimation approximative de la réalité mais néanmoins ils n'influencent en rien la qualité de la démarche du protocole.

Le premier et probablement le plus gros biais relevé concerne la sélection des dossiers à analyser. Ceux-ci doivent être correctement complétés et tenus à jour. Si le DMI n'est pas complet, la sélection est biaisée. Comme l'encodage initial n'était pas systématisé, il est possible que certains patients souffrent de SII mais ne soient pas correctement encodés dans le DMI. Différentes formulations étaient utilisées pour désigner la maladie. Afin de palier à ce biais lors de la

sélection des dossiers, la recherche a été élargie à l'ensemble des symptômes et non pas uniquement aux diagnostics.
Enfin, d'autres informations auraient pu être intéressantes à inclure mais n'ont pas été recherchées au vu de la grandeur de l'échantillon obtenu.

Le second biais réside en la confusion éventuelle parmi les différents types de troubles digestifs fonctionnels. Ceux-ci peuvent être étiquetés à tort de SII (14).

Différencier un SII à prédominance de constipation avec une constipation fonctionnelle peut se révéler compliqué (27).
Les patients intolérants au lactose peuvent également entrer dans les conditions du SII, différencier une intolérance au lactose simple d'une intolérance au lactose entrant dans le cadre d'un SII peut également se révéler compliqué.

Les patients souffrant de SII présentent souvent des symptômes fluctuants dans le temps qu'il n'est pas possible d'anticiper. Ceux se trouvant dans une période d'accalmie peuvent ne pas répondre de manière suffisante aux critères de ROME IV et ne pas être diagnostiqué comme souffrant de SII au moment de l'analyse. Hors, lors de la majoration des symptômes plusieurs semaines plus tard ils auraient pu remplir les critères de ROME IV *.

Dans le but d'améliorer la prise en charge de ces patients, il semble plus facile et plus cohérent de mettre en application ce protocole lors de la réalisation d'un nouveau diagnostic plutôt que lors de la ré-examination de dossiers dont le diagnostic a été posé antérieurement. Ceci représente un biais supplémentaire.

L'analyse ayant été réalisée en partie sur ma propre patientèle, il est probable que mon attrait et mes recherches sur le sujet aient influencé et biaisé mon attention sur certains points.

* Par « critères de Rome remplis », il faut comprendre « que toutes les conditions soient respectées pour entrer dans les critères de Rome »

Un autre biais vient de la limitation rencontrée par les critères de ROME IV dans la pratique clinique. Un article a mis en évidence les limites de l'application des critères de ROME IV dans la pratique clinique. Il décrit la valeur des critères de ROME IV surtout pour les études pharmaceutiques et les études cliniques.

En pratique, l'application de ceux-ci peut exclure certains patients ne répondant pas suffisamment aux critères mais qui pourraient être traités exactement de la même manière (20).
Cette information vient expliquer l'échantillon de 8 patients apparu dans nos résultats et permet de les nuancer. Les critères de ROME IV étant très restrictifs, ils peuvent servir de guide au diagnostic mais ne doivent pas nécessairement être totalement remplis pour conclure à un SII (20).
L'appréciation et la sensibilité clinique du médecin restent primordiales pour établir le diagnostic.

4.2.3. Identification des difficultés rencontrées

Une des difficultés rencontrées vient de la disposition du patient à se prendre en charge. Des moyens financiers, du temps et de la motivation dont il dispose pour prendre sa santé en mains.
Le niveau d'éducation du patient influence également la prise en charge. La qualité de compréhension des informations fournies dépend directement de celle-ci. Certains patients nécessitent plus de temps et d'explications que d'autres. Il peut également être plus compliqué d'obtenir certaines informations de la part de patients moins favorisés.

Les patients qui se sentent soulagés ont tendance à parler moins facilement des symptômes qu'ils ont vécus. Analyser la situation à posteriori est plus compliqué.

Les patients souffrant de SII s'habituent aux symptômes. Dès lors que ceux-ci deviennent tolérables, l'attention qu'ils y prêtent est diminuée. Même si la situation reste anormale, le trouble est banalisé par le patient. L'information reçue à ce moment est biaisé. Pour obtenir une information pertinente dans ce cas-ci il vaut mieux poser des questions fermées et précises.

4.3. Définition des rôles de chaque intervenant

4.3.1. L'importance du médecin généraliste dans la prise en charge

Le médecin généraliste joue un rôle primordial dans la prise en charge du SII et dans la prévention des récidives.

Il est souvent en première ligne face aux plaintes du patient. Son rôle est déterminant pour la suite de la prise en charge. C'est lui qui établit le diagnostic et permet d'orienter le patient vers la diététicienne et/ou vers la psychologue s'il le juge nécessaire.

Dans tous les cas, il initie le traitement médicamenteux pour soulager rapidement le patient et lui fournit les explications nécessaires à la compréhension de la maladie.

Il peut débuter la prise en charge dans le but de stabiliser les symptômes via un traitement à base de compléments alimentaires et de probiotiques. Ceux-ci permettent de restaurer la paroi intestinale et de diminuer l'état inflammatoire.

Le médecin traitant joue également un rôle important dans la prévention de la récidive des symptômes et de l'évolution chronique de la maladie, c'est à dire dans la prévention tertiaire, via l'éducation thérapeutique du patient (28).

4.3.2. Le rôle de la diététicienne

La diététicienne évalue la situation intestinale après l'instauration d'un traitement à visée de reperméabilisation de la paroi et de réduction de l'état inflammatoire par le médecin généraliste. Elle évalue l'efficacité des traitements et compléments mis en place par le médecin traitant et procède à un rééquilibrage nutritionnel selon les plaintes du patient.

Lors de la première consultation, il est préférable de lui fournir une prise de sang avec un bilan général contenant un marqueur inflammatoire, les enzymes hépatiques, la glycémie ou encore la vitamine D.

Le rééquilibrage alimentaire sera différent s'il s'agit d'un SII à prédominance de diarrhées, mixte (alternance de constipation et de diarrhées) ou à prédominance de constipation, ainsi que s'il existe un syndrome inflammatoire.

Elle effectue un travail de collaboration avec le patient qui devra mettre en application les conseils fournis.

Dans le cadre d'un régime alimentaire sans FODMAPS, la diététicienne guidera le patient dans la réintroduction progressive des aliments dans un second temps.

4.3.3. Le rôle du psychologue

Son rôle est la prise en charge des symptômes extra-intestinaux mais aussi gastro-intestinaux via différentes méthodes d'approche. Celles-ci visent notamment à réduire le stress et l'anxiété qui peuvent être générés par les symptômes. Le psychologue permet également de prendre en charge certains troubles présents ayant pu être à l'origine de l'apparition de la maladie. Son intervention est donc complémentaire et indispensable dans la prise en charge de certains patients.

4.3.4. Le patient

Il est le point central autour duquel s'articule toute la prise en charge. Sans sa participation volontaire rien n'est possible. Il est important de le rendre « acteur » de sa propre santé.
Contrairement à la médecine paternaliste d'autrefois, la médecine actuelle se veut de plus en plus bienveillante, agissant dans le respect et l'autonomie du patient.
Il doit posséder toutes les informations nécessaires afin de nous permettre d'assurer des soins de qualité. Il doit être éduqué sur la maladie, sur les thérapies et sur l'évolution de celle-ci. De cette manière, il peut agir de façon autonome face à la survenue des symptômes et des récidives.

« *Sommer et al. (2016) affirment que : L'éducation thérapeutique vise à faire acquérir et intégrer des connaissances au patient, afin qu'il agisse au plus près des recommandations du médecin pour mieux vivre avec sa maladie chronique. L'éducation est thérapeutique, car non seulement elle permet au patient d'en savoir d'avantage sur sa maladie, mais surtout, elle lui apprend à gérer lui-même son problème à long terme.*
Grâce à l'éducation thérapeutique, le patient apprend à connaître sa maladie et tout ce qu'elle engendre » (28).

4.4. Et ensuite ?

Au travers de ce travail, j'ai pris conscience de l'importance de remettre en question notre pratique pour l'intégrer dans une volonté de proposer des soins toujours de meilleure qualité. Il est confortable de rester dans notre zone de confort et de proposer ce que nous avons l'habitude de proposer. La médecine étant un processus dynamique en constante évolution, il est important de pouvoir régulièrement faire le point sur notre pratique afin de trouver des moyens pour l'améliorer.

Ce travail, d'abord né d'une frustration des soins proposés dans le domaine du SII au sein du cabinet, m'a permis d'apprendre comment analyser une situation de départ, dégager des pistes d'action, les planifier et ensuite les mettre en application selon les objectifs souhaités.
Riche de cet apprentissage, cela ne pourra m'apporter que du positif pour la suite de ma carrière.
J'espère que ce travail pourra également guider d'autres médecins généralistes ou assistant(e)s en médecine générale dans leur démarche d'apporter une meilleure prise en charge aux patients souffrant du syndrome de l'intestin irritable.
Rappelons qu'il s'agit d'une maladie de plus en plus présente dans la société et dont les connaissances sont encore assez limitées. Il est donc compréhensible que beaucoup de nos confrères et consoeurs se sentent démunis face à ces patients.
Les algorithmes créés n'ont pas été validés dans le cadre de ce travail mais ils pourraient être soumis à une validation externe afin d'être utilisables par tout un chacun soucieux de sa pratique. Ils pourraient apporter une systématisation de prise en charge en médecine générale et tenter de diminuer le coût de la maladie à la société en réduisant les examens complémentaires non nécessaires.

Je n'ai pas pour ambition de révolutionner la prise en charge de cette pathologie mais apporter ma maigre contribution dans cette évolution serait ma plus grande fierté.

5. Conclusion

Le syndrome de l'intestin irritable ne cesse de faire parler de lui ces dernières années. Il est probable qu'au vu de l'avancée des recherches en cours et de la compréhension des mécanismes physiopathologiques, de nouveaux traitements, plus spécifiques, fassent leur apparition prochainement.

Nous n'avons pas encore terminé d'entendre parler de lui…C'est pourquoi, il est indispensable d'y être sensibilisé.

Ce travail a été réalisé avec l'intention d'apprendre à le reconnaître, à le diagnostiquer à l'aide des outils disponibles actuellement, comme les critères de ROME IV ou encore l'échelle de Bristol et à le prendre en charge de manière adéquate. Les critères de ROME IV étant trop restrictifs dans le cadre de la pratique médicale, le sens clinique et l'intuition du médecin restent des valeurs à ne pas négliger.

La médecine est une science qui se veut inclusive. Dans cette démarche, le patient doit donc être pris en charge dans sa globalité et selon toutes les sphères qui composent l'être humain. La prise en charge des symptômes gastro-intestinaux est à mettre au même niveau d'importance que la prise en charge des symptômes extra-intestinaux. Celles-ci s'effectuent au moyen de traitements médicamenteux, de compléments alimentaires, d'une thérapie nutritionnelle, d'un apprentissage de la gestion du stress et éventuellement d'une thérapie psychologique.

Les intervenants paramédicaux (diététicienne et psychologue) ont toute leur importance dans la prise en charge et doivent y être intégrés.

Enfin, comme pour toute maladie chronique, l'empathie et le suivi sont essentiels et la pluridisciplinarité est une force.

J'ai pris beaucoup de plaisir à réaliser ce travail d'assurance qualité qui se veut dynamique et collaboratif. Ce type de travail est extrêmement enrichissant, valorisant et gratifiant. Voir les collègues se prendre au jeu du changement qu'on initie, s'intéresser à notre projet, qui devient par la suite un projet commun, rempli d'enthousiasme est une expérience très porteuse. Durant plusieurs mois, celui-ci m'a accompagné quotidiennement dans ma pratique. Nous avons pu réfléchir ensemble sur chaque cas pouvant correspondre au SII que nous avons

rencontré. Ce qui nous a permis d'augmenter d'avantage nos échanges professionnels dans la joie et la bonne humeur, parfois autour d'un thé et d'un morceau de gâteau.
La collaboration paramédicale, nous a également permis d'obtenir d'autres points de vue intéressants sur la maladie.
Mon maitre de stage a pris beaucoup de plaisir à me surnommer « La spécialiste des intestins ». Ce qui a incité les patients à aborder avec moi leurs problèmes intestinaux.
Ce travail m'a appris à suivre une démarche scientifique rigoureuse très enrichissante, à développer un regard critique et à remettre en question ma propre pratique, depuis les bases jusqu'à l'aboutissement d'un changement au sein du cabinet entier. Il m'a animé tout au long de ces derniers mois et m'a également permis de me pencher d'avantage sur un sujet qui m'intéresse énormément. J'ai pu développer d'avantage de connaissances dans le domaine, ce qui ne peut être que bénéfique pour la suite de ma pratique.

Au-delà de mes recherches pour réaliser ce travail, je me suis également questionnée sur les moyens disponibles à l'heure actuelle pour diffuser une information.
Ici se dégage un début de piste intéressant pour un travail futur. Outre l'intérêt que chacun peut porter au sujet de manière individuelle, comment est-il possible de diffuser les informations à plus large échelle pour toucher un maximum de personnes concernées ?

Le « Carnet de bord intestinal » élaboré pourrait également être le sujet d'un futur travail de recherche-action. Nous pourrions envisager d'évaluer à quel point les patients se trouvent satisfaits de la prise en charge proposée et quels effets les changements apportés ont eu sur leur pathologie.

Ce carnet de bord a pour ambition de devenir un outil de suivi du patient comme le sont les carnets de trajets de soins du diabète ou de l'insuffisance rénale.
Nous pourrions envisager d'élaborer un trajet de soins gastro-intestinal.

L’avantage supplémentaire qu’il pourrait apporter est, au même titre que les pathologies précédemment citées, qu’un remboursement pour des séances de diététique et de psychothérapie soit accordé. Cela permettrait à tous les patients de se prendre en charge de manière équitable, sans discrimination de moyens financiers.

Bibliographie

1. Grundmann O, Yoon SL. Irritable bowel syndrome: Epidemiology, diagnosis and treatment: An update for health-care practitioners. Journal of Gastroenterology and Hepatology. 2010;25(4):691-9.
2. KCE-16001: Régime ou médication chez les patients atteints du syndrome de l'intestin irritable – étude DOMINO [Internet]. [cité 14 avr 2022]. Disponible sur: https://kce.fgov.be/fr/kce-16001-r%C3%A9gime-ou-m%C3%A9dication-chez-les-patients-atteints-du-syndrome-de-l%E2%80%99intestin-irritable-%E2%80%93
3. Raskov H, Burcharth J, Pommergaard HC, Rosenberg J. Irritable bowel syndrome, the microbiota and the gut-brain axis. Gut Microbes. 2 sept 2016;7(5):365-83.
4. Defrees DN, Bailey J. Irritable Bowel Syndrome. Epidemiology, Pathophysiology, Diagnosis, and Treatment. Prim Care Clin Office Pract. Dec 2017;44(4):655-671.
5. Ford AC, Sperber AD, Corsetti M, Camilleri M.Functional Gastrointestinal Disorders 2. Irritable bowel syndrome. Lancet 2020 Nov 21;396(10263):1675-1688.
6. Zisimopoulou S, Guessous I. Syndrome de l'intestin irritable : un diagnostic d'exclusion? Revue Médicale Suisse. 2012; volume 8. 1821-1825.
7. NICE Guideline. Irritable bowel syndrome in adults: diagnosis and management. 2017;22.
8. Weaver KR, Melkus GD, Henderson WA. Irritable Bowel Syndrome: A review. Am J Nurs. juin 2017;117(6):48-55.
9. SGI. De Rome III à Rome IV : Changements dans le diagnostic du SII [Internet]. Société gastro-intestinale | www.mauxdeventre.org. [cité 7 mars 2022]. Disponible sur: https://badgut.org/centre-information/sujets-de-a-a-z/de-rome-iii-rome-iv-changements-dans-le-diagnostic-du-sii/?lang=fr
10. Formulaire P.A. – Farmaka. Syndrome du côlon irritable [Internet]. [cité 14 avr 2022]. Disponible sur: https://farmaka.bcfi.be/fr/formulaire-p-a
11. Coffin B. Syndrome de l'intestin irritable : prise en charge, y-a-t-il du neuf ? Post'U 2018:253-256.

12. Ebm00189 [Internet]. Ebpracticenet. [cité 4 avr 2022]. Disponible sur: https://ebpnet.be/fr/ebsources/364

13. Troubles fonctionnels intestinaux. Syndrome du côlon irritable. Colite spasmodique [Internet].MAJ 2012-2015 [cité 30 janv 2022]. Disponible sur: http://www.esculape.com/hepatogastro/colon_irritable.html

14. Marx M, Maye H, Abdelrahman K, Hessler R, Moschouri E, Aslan N, et al. Maladies fonctionnelles digestives: mise au point concernant la classification Rome IV. Revue Médicale Suisse. 2018;14(616):1512-6.

15. General Health Questionnaire – 28 (GHQ-28) – Strokengine [Internet]. [cité 17 avr 2022]. Disponible sur: https://strokengine.ca/fr/assessments/general-health-questionnaire-28-ghq-28/

16. De la Revilla Ahumada L, de los Rios Alvarez AM, Luna del Castillo JD. Use of the Goldberg General Health Questionnaire (GHQ-28) to Detect Psychosocial Problems in the Family Physician's Office. Aten Primaria. 2004;33(8):00-00.

17. Paquette L. Qualités psychométriques de la version francophone Québécoise du General Health Questionnaire-28 à la suite des inondations de Juillet 1996 au Saguenay. Août 2003. Université du Quebec, Chitoumi.

18. Vila AV, Imhann F, Collij V, Jankipersadsing SA, Gurry T, Mujagic Z, et al. Gut microbiota composition and functional changes in inflammatory bowel disease and irritable bowel syndrome. Science Translational Medicine. 19 déc 2018;10(472).

19. Modabbernia MJ, Mansour-Ghanaei F, Imani A, Mirsafa-Moghaddam SA, Sedigh-Rahimabadi M, Yousefi-Mashhour M, et al. Anxiety-depressive disorders among irritable bowel syndrome patients in Guilan, Iran. BMC Research Notes. 21 févr 2012;5(1):112.

20. Drossman DA. Functional Gastrointestinal Disorders: History, Pathophysiology, Clinical Features and Rome IV. Gastroenterology. 2016;150:1262-1279.

21. Motzer SA, Hertig V, Jarrett M, Heitkemper MM. Sense of Coherence and Quality of Life in Women With and Without Irritable Bowel Syndrome. Nursing Research. oct 2003;52(5):329-37.

22. Henrich JF, Martin M. Altered attentional control linked to catastrophizing in patients with irritable bowel syndrome. British Journal of Health Psychology. 2018;23(3):612-29.

23. Scientists reveal mechanism that causes irritable bowel syndrome [Internet]. [cité 14 avr 2022]. Disponible sur: https://nieuws.kuleuven.be/en/content/2021/scientists-reveal-mechanism-that-causes-irritable-bowel-syndrome

24. Gibson P, Shepherd S. Evidence-based dietary management of functional gastrointestinal symptoms: The FODMAP approach. Journal of gastroenterology and hepatology Feb 2010,25(2):252-8.

25. Camilleri M. Management Options for Irritable Bowel Syndrome. Mayo Clinic Proceedings. déc 2018;93(12):1858-72.

26. Black CJ, Thakur ER, Houghton LA, Quigley EMM, Moayyedi P, Ford AC. Efficacy of psychological therapies for irritable bowel syndrome: systematic review and network meta-analysis. Gut. août 2020;69(8):1441-51.

27. Palsson OS, Whitehead WE, van Tilburg MAL, Chang L, Chey W, Crowell MD, et al. Development and Validation of the Rome IV Diagnostic Questionnaire for Adults. Gastroenterology 2016;150:1481-1491.

28. Sastia B, Sabina B, Rebecca M. Le syndrome du côlon irritable : son impact sur la qualité de vie des personnes atteintes. Travail de Bachelor. 15 juillet 2021. Haute école de santé. Genève.

29. Prévost M, Gosselain Y, Laperche J, Roland M. Fédération des maisons Médicales et Collectifs de Santé Francophones asbl. Carnet de bord « Assurance de Qualité ». Juin 1999 ; 2ème édition.

30. Vanmeerbeek M, Lafontaine JB, Felgueroso-Bueno F. Le guide de rédaction – MG TFE [Internet]. [cité 28 avr 2022]. Disponible sur: http://www.mgtfe.be/guide-de-redaction/

Annexes

Annexe 1 : Echelle de Bristol

Annexe 2 : Décision du comité d'éthique à propos du travail

Annexe 3 : Détails des sélections de dossiers informatiques

Annexe 4 : Tableau reprenant les détails de l'analyse des données récoltées dans les 87 dossiers

Annexe 5 : Critères de ROME IV et comparaison avec les critères de ROME III

Annexe 6 : Questionnaire d'auto-évaluation GHQ28 en version française

Annexe 7 : Algorithme d'aide au diagnostic et à la prise en charge pour le SII

Annexe 8 : Prototype de carnet de soins et de liaison : « Mon carnet de bord intestinal »

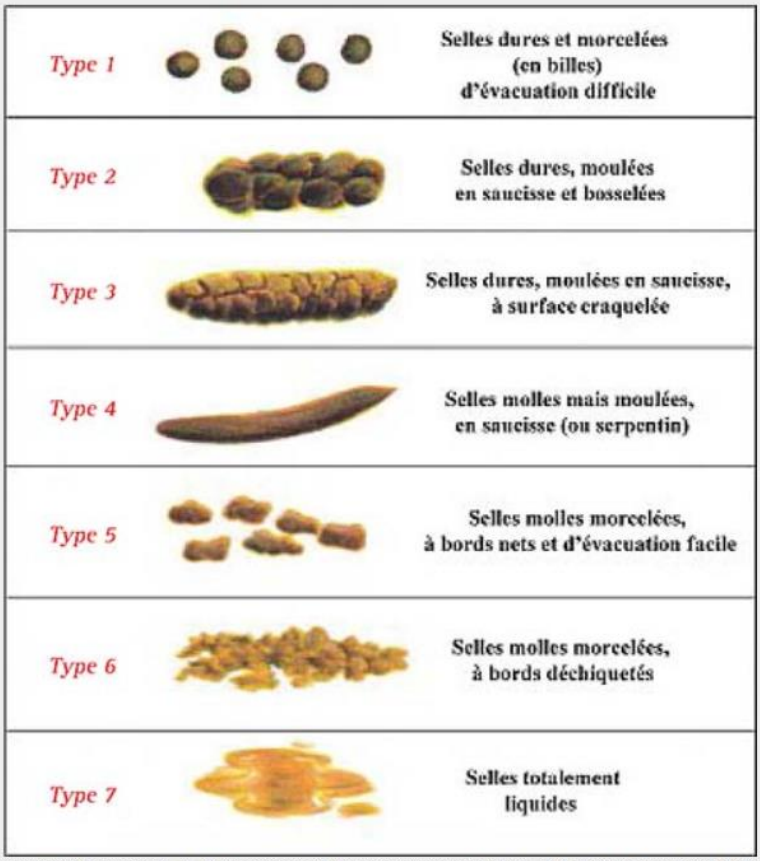
Annexe 9 : Tableau original en anglais « Mécanismes physiopathologiques du SII »

Annexe 10 : Tableau original en anglais « Interventions médicamenteuses du SII »

Annexe 11 : Exemple d'analyse en laboratoire du microbiote intestinal à partir d'un échantillon de selles

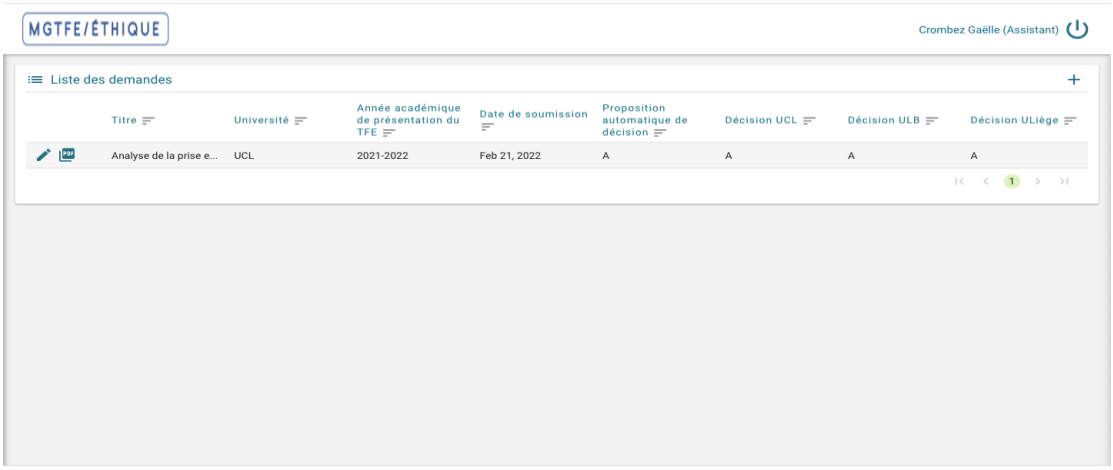
Annexe 1 : Echelle de Bristol

Echelle de Bristol



Heaton KW, Radvan J, Cripps H et al. Defecation frequency and timing, and stool form in the general population: a prospective study. Gut. 1992 Jun;33(6):818-24.

Annexe 2 : Décision du comité d'éthique



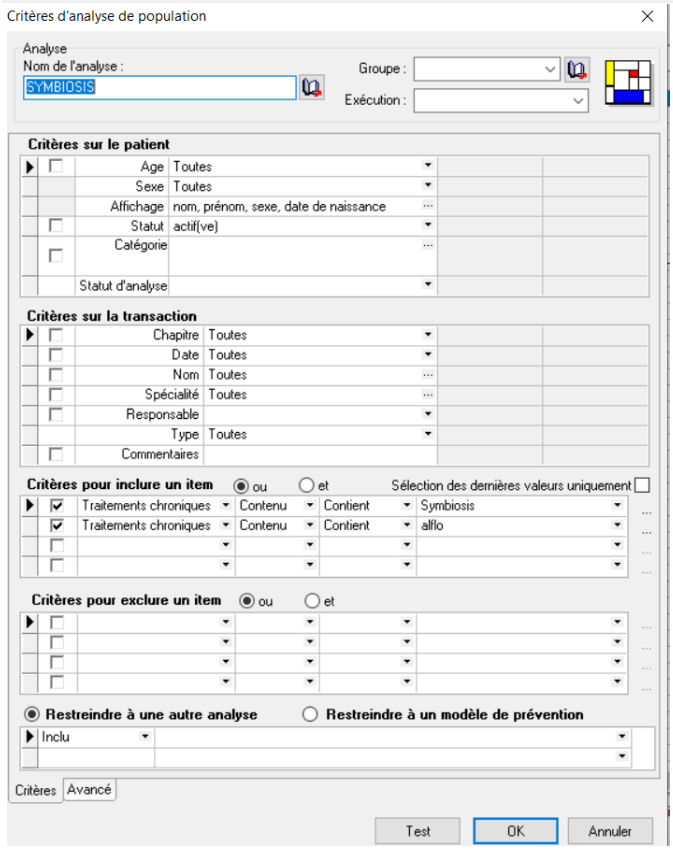
Annexe 3 : Détails des sélections de dossiers informatiques

Liste non exhaustive

Critères d'analyse de population
Analyse
Nom de l'analyse :
diarrhees + colon irritable 1
Groupe :
Exécution :
Critères sur le patient
Age Toutes
Sexe Toutes
Affichage nom, prénom, sexe, date de naissance
Statut actif(ve)
Catégorie
Statut d'analyse
Critères sur la transaction
Chapitre Toutes
Date Toutes
Nom Toutes
Spécialité Toutes
Responsable
Type Toutes
Commentaires
Critères pour inclure un item ou et Sélection des dernières valeurs uniquement
diagnostic principal Contenu Contient diarrhée
diagnostic principal Contenu Contient colon irritable
Critères pour exclure un item ou et
diagnostic Contenu Contient entérite
Restreindre à une autre analyse
Restreindre à un modèle de prévention
Inclu
Critères
Avancé
Test
OK
Annuler

Critères d'analyse de population
Analyse
Nom de l'analyse :
kijimea
Groupe :
Exécution :
Critères sur le patient
Age Toutes
Sexe Toutes
Affichage nom, prénom, sexe, date de naissance
Statut actif(ve)
Catégorie
Statut d'analyse
Critères sur la transaction
Chapitre Toutes
Date Toutes
Nom Toutes
Spécialité Toutes
Responsable
Type Toutes
Commentaires
Critères pour inclure un item ou et Sélection des dernières valeurs uniquement
traitements chroniques Contenu Contient kijimea
Critères pour exclure un item ou et
Restreindre à une autre analyse
Restreindre à un modèle de prévention
Inclu
Critères
Avancé
Test
OK
Annuler

Critères d'analyse de population
Analyse
Nom de l'analyse :
LACTIBIANE
Groupe :
Exécution :
Critères sur le patient
Age Toutes
Sexe Toutes
Affichage nom, prénom, sexe, date de naissance
Statut actif(ve)
Catégorie
Statut d'analyse
Critères sur la transaction
Chapitre Toutes
Date Toutes
Nom Toutes
Spécialité Toutes
Responsable
Type Toutes
Commentaires
Critères pour inclure un item ou et Sélection des dernières valeurs uniquement
traitements chroniques Contenu Contient lactibiane
Critères pour exclure un item ou et
traitements chroniques Contenu Contient lactibiane ATB
traitements chroniques Contenu Contient lactibiane C
Restreindre à une autre analyse
Restreindre à un modèle de prévention
Inclu
Critères
Avancé
Test
OK
Annuler


Critères d'analyse de population
Analyse
Nom de l'analyse :
SYMBIOSIS
Groupe :
Exécution :
Critères sur le patient
Age Toutes
Sexe Toutes
Affichage nom, prénom, sexe, date de naissance
Statut actif(ve)
Catégorie
Statut d'analyse
Critères sur la transaction
Chapitre Toutes
Date Toutes
Nom Toutes
Spécialité Toutes
Responsable
Type Toutes
Commentaires
Critères pour inclure un item ou et Sélection des dernières valeurs uniquement
Traitements chroniques Contenu Contient Symbiosis
Traitements chroniques Contenu Contient alflo
Critères pour exclure un item ou et
Restreindre à une autre analyse
Restreindre à un modèle de prévention
Inclu
Critères
Avancé
Test
OK
Annuler

Annexe 4 : Tableau reprenant les détails de l'analyse des données récoltées dans les 87 dossiers

Patient	Age	Sexe	Diagnostic : 1) Qui 2) Comment : -selon quels critères ? -Plaintes correctement encodées ? 3) Quand ? 4) Apparait clairement dans le dossier ? 5) Sous-type de SII indiqué ?	Critères de Rome IV appliqués et notés ?	Examens complémentaires réalisés	Prise en charge proposée	Présence de comorbidités	Suivi proposé ?	Remarques
1	48	M	1) Médecin généraliste 2) Colopathie fonctionnelle sur inconfort abdominal récurrent 3) Il y a 1an 4) NON 5) NON	NON	/	Traitement symptomatique	Info non présente	NON	/
2	20	F	1) Médecin généraliste 2) Côlon irritable sur alternance constipation et diarrhées avec douleur abdo récurrentes présente depuis plus de 6mois 3) Il y a 1an et demi 4) OUI 5) NON	Partiellement	/	Traitement symptomatique	Anxiété	NON	/
3	74	F	1) Médecin généraliste 2) colopathie fonctionnelle sur douleur abdominale récurrente depuis plus de 6mois avec ballonnement,	Oui mais informations pas facile à trouver	1) Echographie abdominale -	Traitement symptomatique	Anxiété	NON	Diagnostics encodés dans SOAP : « côlon irritable »,

			soulagée à la défécation avec changement dans la fréquence et dans la consistance des selles. 3) Non connu 4) OUI 5) NON		2) Gastroscopie – 3) Colonoscopie -				« colopathie fonctionnelle », « colite », « entérite », …
4	59	F	1) Médecin traitant 2) Côlon irritable sur douleurs abdominales récurrentes et diarrhées 3) Non connu 4) OUI 5) NON	NON	1) Selles : Coproculture - sang -	Traitement symptomatique	Info non présente	NON	Diagnostics encodés dans SOAP : « côlon irritable », « colite »
5	49	F	1) Médecin traitant 2) colopathie fonctionnelle sur douleur abdo récurrente, dyspepsie, diarrhées 3) Non connu 4) NON 5) NON	NON	1) Gastroscopie – 2) Colonoscopie -	Traitement symptomatique	Info non présente	NON	Pas de diagnostic clairement posé
6	41	M	1) Gastro-entérologue 2) Douleurs abdominales récurrentes sans signal d'alarme. Selles de consistance et fréquence irrégulière 3) Il y a 1an 4) OUI 5) NON	Oui mais pas explicite	1) Ct scanner abdominal – 2) Echographie abdominale-	Traitement symptomatique	Dépression, anxiété, épuisement	NON	Consultations fréquentes aux urgences pour douleur abdominale

7	79	F	1) Médecin traitant 2) Douleurs abdominales récurrentes avec diarrhées et ballonnement 3) il y a1an 4) NON 5) NON	NON	1) Selles : Coproculture - 	Traitement symptomatique	Anxiété, Dépression	NON	Consultations en médecine générale pour plaintes multiples
8	50	F	1) Médecin traitant 2) Ballonnement et douleur abdominale récurrente 3) Il y a 2ans 4) NON 5) NON	NON	1) Gastroscopie – 2) RX abdomen à blanc -	Traitement symptomatique	Anxiété importante	NON	/
9	64	F	1) Médecin traitant 2) Douleur abdominale récurrentes avec dyspepsie et diarrhées 3) Non connue 4) NON 5) NON	NON	1) Gastroscopie – 2) Scintigraphie vidange gastrique – 3) Selles : sang– calprotectine – 4) Biologie : CRP -	Traitement symptomatique	Dépression	NON	-Plaintes apparues après chirurgie pour néoplasie du sein -Difficulté de perte de poids -Diagnostics encodés dans SOAP : « colite », « colopathie fonctionnelle »

10	39	F	1) Médecin traitant 2) Alternance constipation et diarrhées douleur abdominale 3) non connue 4) NON 5) NON	NON	/	Traitement symptomatique	Anxiété, dépression	NON	/
11	71	F	1) Gastro-entérologue 2) Colopathie fonctionnelle sur douleur abdominale chronique avec dyspepsie et constipation sans signal d'alarme 3) il y a 6mois 4) OUI 5) NON	NON	1) Colonoscopie – 2) Gastroscopie – 3) Selles : sang -	Traitement symptomatique , probiotique	/	NON	/
12	72	M	1) Médecin traitant 2) Colopathie fonctionnelle sur douleurs abdominales récurrentes et constipation. Soulagée par la défécation 3) Il y a 1an et demi 4) NON 5) NON	Partiellement mais informations pas facilement trouvables	1)Dépistage CCR- 2) Echographie abdominale - 3) Ct scanner abdominal- 4) Biologie : CRP –	Traitement symptomatique + Deanxit	Anxiété	NON	Mieux depuis prise de Deanxit
13	48	M	1) Médecin traitant 2) Colopathie fonctionnelle sur douleur abdominale chronique	NON	1) Ct scanner abdominal – 2) Biologie : CRP -	Traitement symptomatique	/	NON	/

			3) Il y a 1an 4) NON 5) NON						
14	69	M	1) Gastro-entérologue 2) Colopathie fonctionnelle sur douleur abdo chronique avec trouble du transit de type diarrhées, dyspepsie, ballonnement 3) Il y a 4ans 4) OUI 5) NON	NON	1) CT scanner abdominal – 2) Echographie abdominale – 3) Biologie : CRP – 4) Selles : Coproculture – sang - 5) Cholangio-IRM -	Traitement symptomatique	Anxiété	OUI si persistance des symptômes	Mise en échec des traitement proposés
15	88	M	1) Médecin traitant 2) Colopathie fonctionnelle sur douleur abdo récurrentes, dyspepsie. 3) Il y a 3ans 4) OUI 5) NON	NON	/	Traitement symptomatique	Anxiété	NON	/
16	58	M	1) Médecin traitant 2) Colopathie fonctionnelle sur douleur abdominales récurrentes, ballonnement, diarrhées, flatulences, dyspepsie 3) Il y a 3ans	NON	1)Dépistage CCR – 2) Biologie : CRP – 3) Gastroscopie –	Traitement symptomatique	Dépression, anxiété,	NON	Intolérance au lactose

			4) OUI 5) NON		4) Ct scanner abdominal -				
17	89	F	1) Gastro-entérologue 2) Syndrome de l'intestin irritable sur douleur abdominale récurrente, alternance de constipation et diarrhées, absence de signal d'alarme 3) Il y a 4 ans 4) OUI 5) NON	NON	1) Gastroscopie – 2) Colonoscopie – 3) Echographie abdominale – 4) Biologie : CRP -	Traitement symptomatique	/	NON	/
18	55	M	1) Médecin traitant 2) Colopathie fonctionnelle sur douleur abdominale chronique de plus de 6mois et constipation. Changement dans fréquence des selles 3) non connue 4) OUI 5) NON	Partiellement	1) Echographie abdominale-	Traitement symptomatique	Burn-out	NON	/
19	29	F	1) Gastro-entérologue 2) Côlon irritable sur douleur abdominale récurrente avec diarrhées sans signe d'alerte 3) Il y a1an 4) OUI 5) NON	NON	1) Echographie abdominale - 2) Gastroscopie - 3) Colonoscopie-	Traitement symptomatique	Info non trouvée	OUI si persistance des symptomes	/

					4) Selles : Calprotectine- 5) Biologie : CRP -				
20	54	F	1) Médecin traitant 2) Côlon irritable sur douleur abdominale récurrente avec diarrhées 3) Non connue 4) NON 5) NON	NON	1) Echographie abdominale – 2) Dépistage CCR -	Traitement symptomatique + probiotiques	Anxiété	NON	- Néoplasie mammaire activeco - consultation aux urgences pour douleur abdominale
21	48	F	1) Médecin traitant 2) Colopathie fonctionnelle sur douleur abdominale récurrente, dyspepsie et ballonnement 3) Il y a 2ans 4) NON 5) NON	NON	1) Gastroscopie- 2) Echographie abdominale -	Traitement symptomatique	Anxiété, burnout	NON	/
22	64	F	1) Médecin traitant 2) Colopathie fonctionnelle sur douleur abdominale récurrente avec alternance constipation et diarrhées 3) Non connue 4) OUI 5) NON	NON	1) Ct scanner abdominal – 2) Echographie abdominale - 3) Gastroscopie- 4) Colonoscopie -	Traitement symptomatique	Anxiété très importante	NON	Consultations très fréquentes aux urgences

23	58	F	1) Médecin traitant 2) Côlon irritable sur douleur abdominale chronique avec flatulences et ballonnement 3) Il y a 11ans 4) OUI 5) NON	NON	1) Gastroscopie - 2) Colonoscopie -	Traitement symptomatique	Cystite récidivante	NON	/
24	69	F	1) Médecin traitant 2) Côlon irritable sur douleur abdominale chronique et constipation 3) Il y a 5ans 4) OUI 5) NON	NON	1) Echographie abdominale – 2) CT scanner abdominal – 3) IRM abdominal -	Traitement symptomatique et probiotiques	Anxiété	NON	Apparition de symptômes dans le décours d'une entérite infectieuse
25	51	M	1) Médecin traitant 2) Colopathie fonctionnelle sur douleur abdominale et diarrhées liée au stress 3) Il y a 3ans 4) NON 5) NON	NON	1) Echographie abdominale -	Traitement symptomatique + anti-dépresseurs	Anxiété, dépression, burnout	NON	/
26	55	F	1) Médecin traitant 2) Côlon irritable sur douleur abdominale et ballonnement 3) Il y a 5ans 4) OUI 5) NON	NON	1) Colonoscopie -	Traitement symptomatique	/	NON	/
27	24	F	1) Gastro-entérologue 2) Côlon irritable sur douleur	NON	1) Test lactose-	Traitement symptomatique	Anxiété	OUI si persistance	/

				abdominales récurrentes avec diarrhées chroniques sans signal d'alarme 3) il y a 5ans 4) OUI 5) NON		2) CT scanner abdominal – 3) Selles : Calprotectine – Coproculture -	+ Flagyl		des symptômes	
28	37	M	1) 2)	Gastro-entérologue Côlon irritable sur changement dans la fréquence et la consistance des selles avec douleur abdominale récurrente depuis plus de 6mois et absence de signal d'alarme 3) Il y a 5ans 4) OUI 5) NON	OUI mais information pas facile d'accès	1) Gastroscopie – 2) Colonoscopie – 3) Biologie : serologie coeliaque – CRP -	Traitement symptomatique	Anxiété	NON	/
29	72	M		1) Médecin traitant 2) colopathie fonctionnelle sur ténesme et selles multiple en période de stress 3) il y a 1an 4) NON 5) NON	NON	1) Echographie abdominale – 2) Dépistage CCR -	Traitement symptomatique	Anxiété importante	NON	
30	71	F		1) Médecin traitant 2) colopathie fonctionnelle sur douleur abdominale chronique et diarrhées. 3) il y a 2ans 4) NON	NON	1) Echographie abdominale multiples – 2) Colonoscopie	Traitement symptomatique	Anxiété	NON	/

			5) NON		-				
31	84	F	1) Médecin traitant 2) Colopathie fonctionnelle sur diarrhées chronique avec ballonnement et douleur abdo 3) Il y a 2 ans 4) NON 5) NON	NON	1) Colonoscopie – 2) Gastroscopie – 3) Selles : Coproculture – sang -	Traitement symptomatique	Anxiété importante	NON	Diagnostic dans SOAP : « entérite », « diarrhées », « colopathie fonctionnelle »
32	24	M	1) Médecin traitant 2) colopathie fonctionnelle sur diarrhées et douleur abdominales récurrentes 3) il y a 7ans 4) OUI 5) NON	NON	1) Test lactose +	Traitement symptomatique	Anxiété	NON	Consultation en médecine générale pour plaintes abdominales à répétition
33	47	F	1) Médecin traitant 2) Colopathie fonctionnelle sur douleur abdominale et diarrhées à répétition depuis plusieurs années 3) Il y a 17ans 4) OUI 5) NON	NON	Non connu	Traitement symptomatique	Anxiété	NON	/
34	48	F	1) Gastro-entérologue 2) Côlon irritable sur douleur abdominale ballonnement	NON	1) Gastroscopie –	Traitement symptomatique	/	NON	/

			3) Il y a 2ans 4) Oui 5) NON		2) Colonoscopie -				
35	42	F	1) Gastro-entérologue 2) IBS sur douleur abdominale chronique sans signal d'alarme 3) Il y a 9ans 4) OUI 5) NON	Partiellement	1) Gastroscopie – 2) Echographie abdominale -	Traitement symptomatique	/	NON	Consultation en médecine générale a répétition pour plaintes digestives
36	38	F	1) Médecin traitant 2) Colopathie fonctionnelle sur Douleur abdominale chroniques avec diarrhées chroniques 3) Il y a 16ans 4) OUI 5) NON	NON	1) Gastroscopie -	Traitement symptomatique + Ercéfuryl	Anxiété , burnout Fécondation in vitro	NON	Consultation a répétition en médecine générale pour plaintes digestives
37	31	F	1) Pas de diagnostic établi 2) Douleur abdominale chroniques avec diarrhées chronique en alternance avec de la constipation 3) Début des symptômes il y a 3ans 4) NON 5) NON	NON	1) Gastroscopie – 2) Colonoscopie – 3) Biologie : CRP – 4) Selles : Coproculture -	Traitement symptomatique	/	NON	Consultations aux urgences à répétition pour plaintes abdominales

38	37	F	1) Pas de diagnostic établi 2) Douleur abdominales chroniques avec ballonnement, constipation et diarrhées 3) Début de l'investigation il y a 3ans 4) NON 5) NON	NON	1) Gastroscopie : oesophagite 2) Colonoscopie : dolichocolon	Traitement symptomatique, régime pauvre en crudité	Anxiété, dépression	NON	- Entérite à Campylobacter dans le passé - Avis gastro-entérologue demandé
39	43	M	1) Pas de diagnostic établi 2) Douleur abdominales à répétition avec selles défaites et ballonnement 3) Début des symptômes il y a 3ans 4) NON 5) NON	NON	1) Ct scanner abdominal -	Traitement symptomatique + régime alimentaire adapté	/	NON	Va beaucoup mieux depuis application régime alimentaire adapté
40	46	F	1) Pas de diagnostic établi 2) Douleur abdominale chroniques avec diarrhées 3) Début des symptômes il y a 3ans 4) NON 5) NON	NON	1) Gastroscopie – 2) Colonoscopie – 3) Ct scanner abdominal – 4) Biologie : CRP -	Traitement symptomatique	Fibromyalgie, anxiété, dépression, burnout, intolérance au lactose mais pas de test diagnostic	NON	Consultations aux urgences pour plaintes digestives
41	33	M	1) Gastro-entérologue 2) Colopathie fonctionnelle sur douleur abdominales	NON	1) Echographie abdominale –	Traitement symptomatique	/	OUI si persistance des	/

			chroniques sans trouble du transit 3) Il y a 3ans 4) OUI 5) NON		2) Ct scanner abdominal – 3) Biologie : sérologie coeliaque – CRP - 4) Selles : Coproculture -			symptômes	
42	56	M	1) Médecin traitant 2) Colopathie fonctionnelle sur douleur abdominale récurrente et dyspepsie 3) Il y a 6ans 4) NON 5) NON	NON	1) Ct scanner abdominal – 2) Biologie : CRP – 3) Gastroscopie – 4) Colonoscopie : polype	Traitement symptomatique	Anxiété, épuisement	NON	/
43	62	M	1) Médecin traitant 2) Côlon irritable sur douleur abdominales chroniques avec diarrhées à répétition 3) il y a 8ans 4) NON 5) NON	NON	1) Gastroscopie -	Traitement symptomatique	Anxiété	NON	/
44	54	M	1) Médecin traitant 2) Côlon irritable sur douleur abdominale et diarrhées chroniques	NON	1) Colonoscopie –	Traitement symptomatique	Anxiété, burnout, épuisement, dépression	NON	Passage 1x aux urgences pour douleur abdominale

			3) Il y a 7ans 4) OUI 5) NON						
45	52	F	1) Médecin traitant 2) Côlon irritable sur Douleur abdominale chronique avec alternance constipation et diarrhées dyspepsie ballonnement 3) Il y a 10ans 4) OUI 5) NON	NON	1) Echographie abdominale – 2) Ct scanner abdominal – 3) Gastroscopie : (oesophagite / hernie hiatale) 4) Colonoscopie -	Traitement symptomatique	Anxiété , dépression	NON	- Consultation médecine générale à répétition pour plaintes digestives. - Réalisation de 3 gastroscopies - ATCD néoplasie sein il y a 12ans
46	30	M	1) Pas de diagnostic établi 2) Douleur abdominales chroniques avec diarrhées (plusieurs selles/jour) malgré éviction lactose 3) Il y a 4ans 4) NON 5) NON	NON	1) Selles : coproculture – calprotectine – sang - 2) Test lactose + 3) Gastroscopie : HP	Traitement symptomatique , éviction lactose	/	NON	Consultation fréquente en médecine générale pour plaintes abdominales
47	24	M	1) Pas de diagnostic établi 2) Douleur abdominale chroniques avec diarrhées	NON	1) Biologie : sérologie coeliaque –	Traitement symptomatique , éviction	/	NON	Bilan réalisé par gastro-entérologue

			(plusieurs fois / jour) sans signal d'alarme 3) Il y a 1 an 4) NON 5) NON		CRP bas grade 2) Selles : Sang – Calprotectine – 3) Gastroscopie : oesopagite	lactose (spontannée) , Gabbroral non efficace			mais pas de diagnostic final établi
48	32	F	1) Médecin traitant 2) Colopathie fonctionnelle sur douleur abdominale chronique et diarrhées 3) Il y a 1an 4) NON 5) NON	NON	1) Selles : Calprotectine-Sang -	Traitement symptomatique , Gabbroral	Anxiété	NON	/
49	86	F	1) gastro-entérologue 2) colopathie fonctionnelle sur douleur abdominale avec constipation 3) il y a 15ans 4) OUI 5) NON	NON	1) Colonoscopie - 2) Ct scanner abdominal -	Traitement symptomatique	Cystite à répétition	OUI si persistance ou changement des symptômes	Très mauvaise compliance thérapeutique
50	58	F	1) Médecin traitant 2) Côlon irritable sur douleur abdominale chronique à répétition 3) Il y a 8ans 4) OUI 5) NON	NON	1) Gastroscopie – 2) Colonoscopie –	Traitement symptomatique , conseil régime sans Fodmaps pour les légumes uniquement,	Anxiété	NON	Passage aux urgences 1x pour douleur abdominale

					3) Ct scanner abdominal -				
51	31	M	1) Pas de diagnostic établi 2) Douleur abdominale chronique avec diarrhées 3) I y a 1an 4) NON 5) NON	NON	1) Echographie abdominale – 2) Ct scanner abdominal – 3) Selles et biologie non réalisée par le patient	Traitement symptomatique + Ciprofloxacine	/	NON	/
52	32	F	1) Pas de diagnostic établi 2) Douleur abdominale chronique avec diarrhée parfois 3) Début des symptômes il y a 5ans 4) NON 5) NON	NON	1) CT scanner abdominal -	Traitement symptomatique	Anxiété, cystites fréquentes	NON	Consultation aux urgences 1x pour douleur abdominale
53	27	F	1) Médecin traitant 2) Colopathie fonctionnelle sur douleur abdominale avec diarrhées et alternance constipation 3) I y a 1an 4) NON 5) NON	NON	1) Biologie : CRP bas grade Sérologie coeliaque -	Traitement symptomatique et régime sans caséine conseille par ostéopathe	/	NON	Va mieux depuis régime sans caséine
54	32	M	1) Médecin urgentiste	NON	1) Ct scanner abdominal –	Traitement symptomatique	/	OUI auprès du médecin	

			2) Colopathie fonctionnelle sur douleur abdominale sans étiologie organique 3) Il y a 6mois 4) NON 5) NON		2) Biologie : CRP -			généraliste si persistance des symptômes	
55	18	F	1) Médecin traitant 2) Colopathie fonctionnelle sur douleur abdominale avec ballonnement, diarrhées en alternance avec constipation 3) Il y a 7ans 4) NON 5) NON	NON	1) Gastroscopie : oesophagite grade b 2) Biologie CRP – 3) Echographie abdominale – 4) Selles : Calprotectine -	Traitement symptomatique	/	NON	- Consultation en salle d'urgence 2x pour douleur abdominale , - Certificat d'incapacité à suivre les cours à répétition. - Consultations multiples pour plaintes abdominales en médecine générale. - Dans SOAP : « diarrhées virale », « gastro-entérite aigue »

									- Consultation à répétition pour plaintes diverses
56	44	M	1) Gastro-entérologue 2) Colopathie fonctionnelle sur douleur abdominale chronique avec diarrhées sans signal d'alarme 3) Il y a 7ans 4) OUI 5) NON	NON	1) Gastroscopie – 2) Colonoscopie- 3) Ct scanner abdominal – 4) Entéro IRM 5) Biologie : sérologie coeliaque- CRP – 5) Selles : Coproculture – Calprotectine + mais présence de sang	Traitement symptomatique, Penthasa, Gabbroral	/	OUI si persistance ou changement des symptômes	Consultation fréquente en médecine générale pour plaintes abdominales
57	22	F	1) Gastro-entérologue 2) Colopathie fonctionnelle sur douleur abdominale chronique avec diarrhées, ballonnement, flatulences. Absence de signal d'alarme 3) Il y a 4ans	NON	/	Traitement symptomatique, Gabbroral	Anxiété	NON	- Consultation très très fréquentes en médecine générale pour plaintes digestives

			4) OUI 5) NON						- encodage dans SOAP : « gastro-entérite aigue », « colite » - Consultation très nombreuses pour motifs divers. - Père atteint de colopathie fonctionnelle.
58	33	F	1) Médecin traitant 2) Côlon irritable sur douleur abdominales chronique avec ballonnement, diarrhées et flatulences. 3) Il y a 10ans 4) OUI 5) NON	NON	1) Gastroscopie – 2) Ct scanner abdominal – 3) Biologie : CRP - 4) Echographie abdominale -	Traitement symptomatique, Simalviane, Solian	Anxiété importante, insomnie, céphalées	NON	- Consultation en médecine générale pour plaintes digestives - encodage dans SOAP : « colite », « entérite aigue » - Consultation en salle d'urgences 2x pour douleur abdominale

59	71	F	1) Médecin traitant 2) Côlon irritable sur douleur abdominale, selles fréquentes, peu moulées, dyspepsie, dyschésie 3) Il y a 10ans 4) OUI 5) NON	NON	1) Gastroscopie – 2) Colonoscopie – 3) Echographie abdominale – 4) Selles : coproculture – Sang - 5) Dépistage CCR -	Traitement symptomatique ,Gabbroral, probiotique, régime sans Fodmaps	/	NON	- Consultation en médecine générale pour troubles digestifs fréquents - encodage dans SOAP : « entérite virale », « gastro-entérite aigue » , « côlon irritable »
60	65	F	1) Médecin traitant 2) Colopathie fonctionnelle dans le décours d'une entérite infectieuse. 3) Il y a 3ans 4) NON 5) NON	NON	1) Gastroscopie - 2) Colonoscopie – 3) Ct scanner abdominal -	Traitement symptomatique , régime sans Fodmaps	Anxiété , cystite fréquente	NON	- Fille ET SŒUR atteintes de côlon irritable - Diarrhées devenues chroniques dans le décours d'une entérite infectieuse traitée - Consultation fréquentes en médecine générale

									- encodage dans SOAP : « gastro-entérite aigue », « entérite »
61	61	F	1) Pas de diagnostic établi 2) Douleur abdominales chronique avec constipation prédominante et épisode de diarrhées et dyschésie 3) Début des symptômes il y a 9ans 4) NON 5) NON	NON	1) Gastroscopie – 2) Colonoscopie – 3) CT scanner abdominal à répétition – 4) Selles : coproculture- 5) Biologie : CRP -	Traitement symptomatique , Ercefuryl	Dépression	NON	- Consultations multiples pour plaintes abdominales en médecine générale - encodage dans SOAP :« dysentérie virale », « entérite virale », « gastrite », « gastro-entérite aigue » , …
62	37	M	1) Gastro-entérologue 2) Syndrome de l'intestin irritable sur douleurs abdominales avec diarrhées sans signal d'alarme. Ballonnement, flatulences, dyspepsie	NON	1) Test lactose – 2) Biologie : Sérologie coeliaque – à multiples reprises	Traitement symptomatique , régime sans Fodmaps conseillé	Asthénie, dépression, anxiété importante, insomnie	NON	- Consultation multiple pour divers motif en médecine générale - consultation a répétition

			3) Il y a 14ans 4) OUI 5) NON		CRP - 3) Colonoscopie – 4) Echographie abdominale -				pour douleurs abdominales - consultation multiples en gastro-entérologie toujours pour douleur abdominale - consultation fréquente aux urgences pour plaintes diverses
63	70	F	1) Gastro-entérologue 2) Colopathie fonctionnelle sur douleur abdominale chronique sans signe d'alarme 3) Il y a 4ans 4) OUI 5) NON	NON	1) Echographie abdominale 3x – 2) Ct scanner abdominal – 3) Gastroscopie – 4) Dépistage CCR -	Traitement symptomatique	Anxiété, insomnie, dépression	NON	- Imagerie a répétition pour douleur abdominale sans explications organiques
64	80	F	1) Médecin traitant 2) Côlon irritable sur douleur abdominale chronique avec diarrhées 3) Il y a 10ans	NON	1) Selles : coproculture – sang –	Traitement symptomatique	Anxiété	NON	/

			4) NON 5) NON		2) Biologie : CRP -				
65	35	F	1) Médecin traitant 2) colopathie fonctionnelle sur diarrhées et douleur abdominales chronique 3) il y a 17ans 4) NON NON	NON	1) Echographie abdominale 4x - 2) Ct scanner abdominal – 3) Biologie : CRP – Sérologie coeliaque -	Traitement symptomatique , Ciproxine (manque les détails de la consultation), Eusaprim, éviction produits laitiers	Anxiété , insomnie	NON	- Consultation aux urgences pour douleur abdominale - consultation en médecine générale à répétition pour plaintes abdominales - encodage dans SOAP : « gastro-entérite aigue », « gastrite », « entérite infectieuse » - Consultations multiples pour diverses causes
66	58	F	1) Médecin traitant 2) Côlon irritable sur douleur abdominales chronique avec diarrhées en alternance avec de la constipation	NON	1)Ct scanner abdominal – 2) Colonoscopie –	Traitement symptomatique , régime sans Fodmaps, probiotiques,	Anxiété, dépression	NON	/

			3) Il y a > 10ans 4) OUI 5) NON						
67	82	F	1) Médecin traitant 2) Colopathie fonctionnelle sur douleurs abdominales chroniques, diarrhées 3) Il y a 17ans 4) OUI 5) NON	NON	1) Echographie abdominale – 2) Colonoscopie -	Traitement symptomatique, Ercefuryl, Actapulgite, Gabbroral	Dépression	NON	- Consultation à répétition en médecine générale pour plaintes digestives. - Encodage dans SOAP : « gastro-entérite aigue », « diarrhées virale »
68	76	M	1) Gastro-entérologue 2) Colopathie fonctionnelle sur douleur abdominale chronique avec transit irrégulier, diarrhées avec alternance constipation , ballonnement. Amaigrissement 3) Longue date (non connue) >15ans 4) OUI 5) NON	NON	1) Colonoscopie – 2) Gastroscopie – 3) Ct scanner abdominal 2x - 4) Echographie abdominale – 5) Dépistage CCR -	Traitement symptomatique, probiotiques, Ercefuryl, régime riche en fibres, éviction gluten	Cystite fréquente, anxiété très importante	OUI	- Shopping médical important, multiplie les consultations chez les spécialistes, dans toute la Belgique.

					6) Selles : 2x calprotectine 100 7) RX abdomen à blanc - 8) Test lactose+ 9) Biologie : CRP – Sérologie coeliaque – 10) IRM pancréatique – 11) Colonoscopie : polype anal 12) Pet scanner -				
69	77	M	1) Médecin traitant 2) Côlon irritable sur diarrhées chroniques avec douleur abdominales. Perte de poids 3) Début des symptômes il y a 3ans 4) OUI 5) NON	NON	1) Colonoscopie- 2) Biologie CRP – Sérologie coeliaque - 3) Selles : calprotectine – Sang – Coproculture	Traitement symptomatique, éviction lactose	/	NON	/

					-				
70	63	M	1) Médecin traitant 2) Côlon irritable sur diarrhées chroniques et persistante depuis 3mois 3) Il y a 6mois 4) NON 5) NON	NON	1) Biologie : CRP – Sérologie coeliaque - 2) Selles : sang – Coproculture – 3) Gastroscopie – 4) Colonoscopie -	Traitement symptomatique	/	NON	Patient hémiplégique, ne sent pas la douleur. Diarrhées apparues suite à une intoxication alimentaire
71	70	F	1) Pas de diagnostic établi 2) Douleur abdominales chroniques et constipation occasionnelle, dyspepsie 3) Début des symptômes il y a 10 ans 4) NON 5) NON	NON	1) Echographie abdominale 2x – 2) Ct scanner abdominal – 3) Biologie : CRP – 4) Dépistage CCR -	Traitement symptomatique	Dépression, anxiété	NON	/
72	44	F	1) Médecin traitant 2) Côlon irritable sur douleur abdominales chronique avec diarrhées	NON	Non connu	Traitement symptomatique	Dépression	NON	/

			3) Date de début non connue 4) NON 5) NON						
73	49	F	1) Gastro-entérologue 2) Colopathie fonctionnelle sur diarrhées chroniques avec douleur abdominales 3) Il y a 18ans 4) OUI 5) NON	NON	1) Coloscopie virtuelle 2x- 2) Gastroscopie -	Traitement symptomatique	Dépression, anxiété, insomnie	NON	- Interruption de travail chronique - consultation aux urgences pour douleur abdominale
74	32	F	1) Gastro-entérologue 2) Colopathie fonctionnelle sur douleur abdominales chronique avec constipation et intolérance a certains légumes ; diarrhées occasionnelles 3) Il y a 6ans 4) OUI 5) NON	NON	1) Test lactose + 2) Biologie : CRP – 3) Selles : calprotectine – 4) Biologie : CRP -	Traitement symptomatique, probiotique, majoration des fibres	Dépression, anxiété	NON	/
75	53	F	1) Gastro-entérologue 2) Côlon irritable sur douleur abdominales chronique sans signal d'alarme 3) Il y a 5ans 4) OUI 5) NON	NON	1) Biologie : CRP – 2) Colonoscopie : polype et diverticulose	Traitement symptomatique	Anxiété	OUI	- Consultation fréquente en médecine générale pour douleur abdominale - Encodage dans SOAP : « diverticulite »,

									Gastro-entérite aigue »
76	25	F	1) Pas de diagnostic établi 2) Douleur abdominale chronique avec ballonnement intestinal 3) Début des symptômes il y a 2ans 4) NON 5) NON	NON	/	Traitement symptomatique	/	NON	/
77	63	F	1) Gastro-entérologue 2) Colopathie fonctionnelle sur Douleur abdominale et diarrhées chroniques 3) Il y a 10ans 4) OUI 5) NON	NON	1) Echographie abdominale – 2) Ct scanner abdominal – 3) Colonoscopie 2x– 4) Gastroscopie –5) Selles Coproculture- Sang – Calprotectine – 6) Biologie : sérologie coeliaque – CRP -	Nifurixazide, traitement symptomatique , Redomex 10mg	Dépression, anxiété, épuisement	NON	- Consultation aux urgences pour douleurs abdominales - Encodage dans SOAP : « entérite infectieuse », « entérite chronique »

					7) Rx abdomen à blanc -				
78	63	F	1) Gastro-entérologue 2) Syndrome de l'intestin irritable sur diarrhées chroniques avec douleur abdominale 3) Il y a 4ans 4) OUI 5) NON	NON	1) Dépistage CCR – 2) Biologie : CRP bas grade 3) Colonoscopie : polype, diverticulose 4) Gastroscopie-	Traitement symptomatique	Fibromyalgie	OUI	/
79	44	F	1) Médecin traitant 2) Colon spastique sur douleur abdominales chroniques 3) Il y a 17ans 4) OUI 5) NON	NON	1) Gastroscopie – 2) Biologie : CRP – 3) Echographie abdominale -	Traitement symptomatique dont Buscopan IM	Anxiété	NON	- Interruption de travail fréquente - Encodage dans SOAP : « gastro-entérite aigue », « entérite aigue », « intoxication alimentaire »
80	49	F	1) Médecin traitant 2) Côlon irritable sur douleur abdominale chronique avec constipation 3) Il y a 7ans	NON	/	Traitement symptomatique, Sipralexa, Deanxit	Anxiété, dépression, crise d'angoisse,	NON	Encodage dans SOAP : « Gastro-entérite »,

			4) NON 5) NON				cystites fréquentes		« entérite virale »
81	73	F	1) Médecin traitant 2) Colopathie fonctionnelle sur pyrosis, douleur abdominales chroniques et constipation 3) Il y a 3ans 4) OUI 5) NON	NON	1) Gastroscopie – 2) Colonoscopie virtuelle non faite 3) Scintigraphie de vidange gastrique – 4) Echographie abdominale -	Traitement symptomatique	Anxiété, cystite fréquente	NON	/
82	20	F	1) Gastro-entérologue 2) Colopathie fonctionnelle sur ballonnement, douleur abdominale chronique et constipation sans signal d'alarme avec épisode de diarrhées 3) Il y a 2ans 4) OUI 5) NON	NON	1) Selles : coproculture – Calprotectine – Sang -	Traitement symptomatique, régime pauvre en Fodmaps, ostéopathe	Anxiété	NON	Consultation à répétition en médecine générale pour plaintes diverses
83	37	F	1) Gastro-entérologue 2) Colopathie fonctionnelle sur douleur abdominale avec ballonnement et diarrhées	NON	1) Biologie : CRP bas grade Sérologie	Traitement symptomatique, majoration de la quantité de	Dépression, anxiété	NON	- Encodage dans SOAP :

			chroniques avec selles impérieuses après les repas en alternance avec constipation 3) Il y a 3ans 4) OUI 5) NON		coeliaque – 2) Echographie abdominale -	fibres alimentaires			« gastro-entérite virale » -Visite aux urgences pour douleur abdominale
84	45		1) Médecin traitant 2) Côlon irritable sur douleur abdominale chronique avec alternance constipation et diarrhées 3) il y a 5ans 4) OUI 5) NON	NON	1) Biologie : CRP – 2) Colonoscopie – 3) Echographie abdominale -	Traitement symptomatique	Epuisement, anxiété	NON	- Consultation à répétition en médecine générale pour plaintes digestives. - Encodage dans SOAP : « colite », « diarrhées », « gastro-entérite aigue »
85	67	F	1) Pas de diagnostic établi 2) Douleur abdominale avec ballonnement diarrhées et constipation. Dyspepsie 3) Début des symptômes il y a 10ans 4) NON 5) NON	NON	1) Echographie abdominale – 2) Biologie : CRP – Sérologie coeliaque -	Traitement symptomatique, alimentation riche en fruit et légumes	Dépression	NON	Encodage dans SOAP : « colique intestinale »

					3) Colonoscopie –				
86	74	F	1) Médecin traitant 2) Colopathie fonctionnelle sur douleur abdominale récurrente avec selles molles. 3) Il y a 2ans 4) OUI 5) NON	NON	1) Echographie abdominale – 2) Ct scanner abdominal – 3) Dépistage CCR -	Traitement symptomatique , Solian	/	NON	/
87	39	F	1) Médecin traitant 2) Côlon irritable sur douleur abdominale crampiforme avec diarrhées 3) Il y a 13 ans 4) NON 5) NON	NON	1) Biologie : CRP - Sérologie coeliaque – 2) Gastroscopie – (Helicobacter Pylori +) 3) Colonoscopie -	Traitement symptomatique , régime sans Fodmaps	Burnout, dépression, fibromyalgie	NON	- Consultation à répétition en médecine générale pour plaintes digestives avec incapacité de travail - encodage dans SOAP : « côlon irritable », « colon spastique », « gastro-entérite »

Annexe 5 : Critères de ROME IV et comparaison avec les critères de ROME III

Caractéristiques	Rome III	Rome IV
Délai de diagnostic	• Apparition des symptômes au moins six mois auparavant • Activité des symptômes au cours des trois derniers mois • Fréquence des symptômes au moins trois jours par mois	• Apparition des symptômes au moins six mois auparavant • Activité des symptômes au cours des trois derniers mois • Fréquence des symptômes au moins un jour par semaine
Descriptions des symptômes	Gêne ou douleur abdominale	Douleur abdominale
Association de symptômes (2 ou plus)	• Amélioration avec la défécation • Apparition associée à un changement de la forme des selles • Apparition associée à un changement de la fréquence des selles	• Relatif à la défécation • Associé à un changement dans la forme des selles • Associé à un changement dans la fréquence des selles
Profil prédominant des selles du sous-type IBS (IBS-C, IBS-D, IBS-M, IBS-U)	Type de selles basé sur les selles de tous les jours.	Type de selles basé sur les jours où les selles sont anormales
Outil de catégorisation des habitudes intestinales	Échelle de forme des selles "Bristol"	Échelle de forme des selles "Bristol"

Source : (28) Sastia B, Sabina B, Rebecca M. Le syndrome du côlon irritable : son impact sur la qualité de vie des personnes atteintes. Travail de Bachelor. 15 juillet 2021. Haute école de santé.Genève.

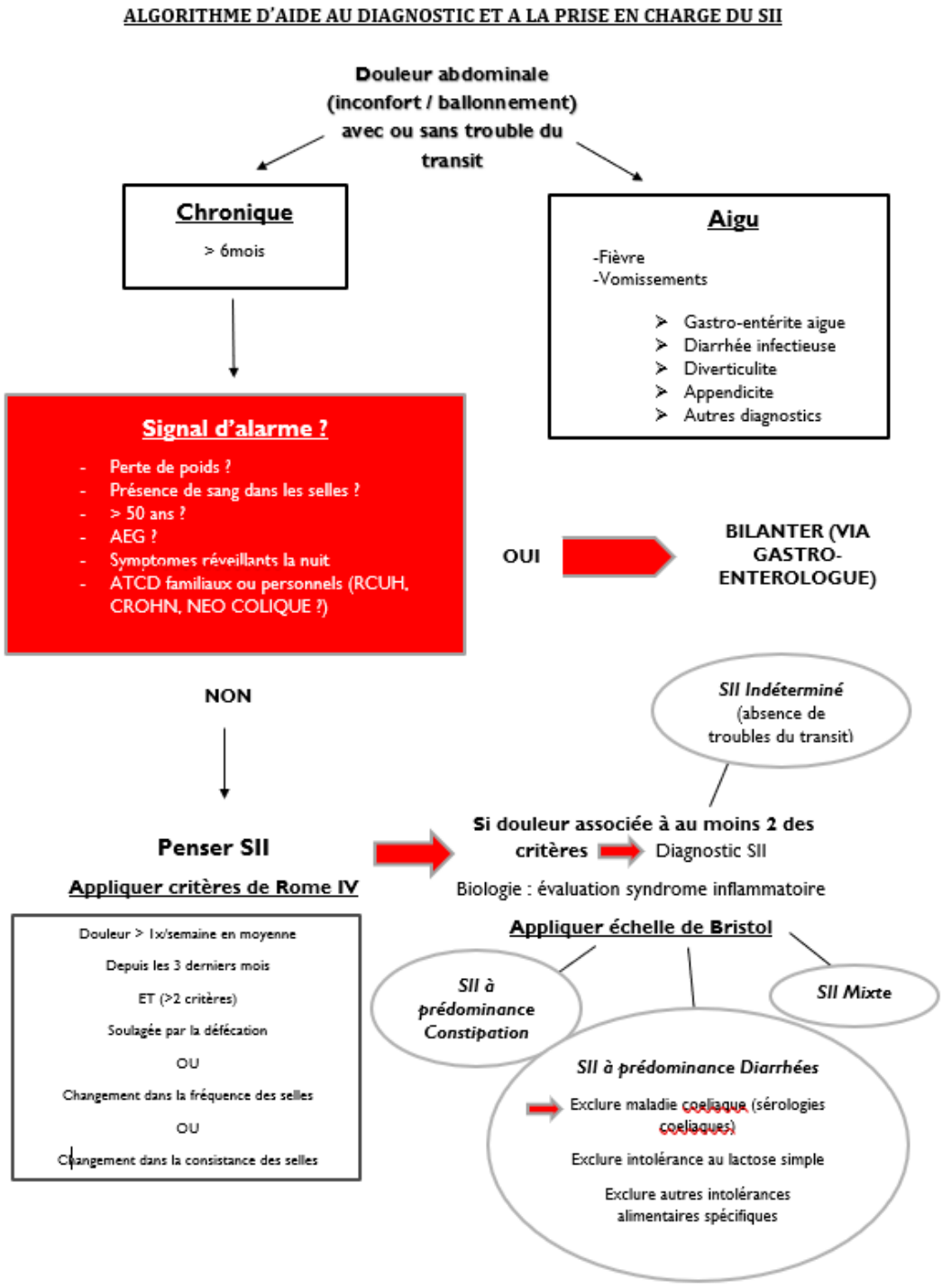
Annexe 6 : Questionnaire d'auto-évaluation GHQ28 en version française

Pour répondre au questionnaire, veuillez choisir pour chaque question, 1 possibilité parmi les 4 réponses suivantes :
- Mieux que d'habitude
- Comme d'habitude
- Moins que d'habitude
- Beaucoup moins que d'habitude

	Symptômes somatiques (SS)
SS1.	Vous êtes-vous senti(e) parfaitement bien et en bonne santé?
SS2.	Avez-vous éprouvé le besoin d'un bon remontant?
SS3.	Vous êtes-vous senti(e) à plat et pas dans votre assiette?
SS4.	Vous êtes-vous senti(e) malade?
SS5.	Avez-vous eu des douleurs à la tête?
SS6.	Avez-vous eu une sensation de serrement ou de tension dans la tête?
SS7.	Avez-vous eu des bouffées de chaleur ou des frissons?
	Anxiété-insomnie (AI)
AI1.	Avez-vous manqué de sommeil à cause de vos soucis?
AI2.	Avez-vous eu de la peine à rester endormi(e)?
AI3.	Vous êtes-vous senti(e) constamment tendu(e) ou stressé(e)?
AI4.	Vous êtes-vous senti(e) irritable et de mauvaise humeur?
AI5.	Avez-vous été effrayé(e) et pris(e) de panique sans raison valable?
AI6.	Vous êtes-vous senti(e) dépassé(e) par les événements?
AI7.	Vous êtes-vous senti(e) continuellement énervé(e) et tendue?
	Dysfonction sociale (DS)
DS1.	Avez-vous réussi à rester actif(ve) et occupé(e)?
DS2.	Avez-vous mis plus de temps à faire les choses habituelles?
DS3.	Avez-vous eu le sentiment que dans l'ensemble vous faisiez bien les choses?
DS4.	Avez-vous été satisfait(e) de la façon dont vous avez fait votre travail?
DS5.	Avez-vous eu l'impression de jouer un rôle utile dans la vie?
DS6.	Vous êtes-vous senti(e) capable de prendre des décisions?
DS7.	Avez-vous été capable d'apprécier vos activités quotidiennes normales?
	Dépression sévère (DEP)
DEP1.	Vous êtes-vous considéré(e) comme quelqu'un qui ne valait rien?
DEP2.	Avez-vous eu le sentiment que la vie est totalement sans espoir?
DEP3.	Avez-vous eu le sentiment que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue?
DEP4.	Avez-vous pensé à la possibilité de vous supprimer?
DEP5.	Avez-vous pensé que parfois vous n'arriviez à rien parce que vos nerfs étaient à bout?
DEP6.	Vous est-il arrivé de souhaiter être mort(e) et loin de tout ça?
DEP7.	Avez-vous trouvé que l'idée de vous supprimer réapparaissait continuellement dans votre esprit?

Source : (17) Paquette L. Qualités psychométriques de la version francophone Québécoise du General Health Questionnaire-28 à la suite des inondations de Juillet 1996 au Saguenay. Août 2003. Université du Quebec, Chitoumi.

Annexe 7 : Algorithme d'aide au diagnostic et à la prise en charge pour le SII



- SII à prédominance de diarrhées ou SII mixte :

- Traitements médicamenteux symptomatiques
- Restauration d'une flore intestinale de qualité : Probiotiques spécifiques + rééquilibrage alimentaire
- Restauration de la perméabilité de la paroi intestinale et réduction de l'inflammation: compléments alimentaires (Curcuma et Glutamine pendant 1 à 3 mois).
- Envoi vers une diététicienne pour une prise en charge diététique adaptée

- SII à prédominance de constipation :

- Traitements médicamenteux symptomatiques
- Restauration d'une flore intestinale de qualité (favoriser l'apport en fibres): Probiotiques spécifiques + rééquilibrage alimentaire
- Si présence d'un syndrome inflammatoire de bas grade (CRP ou VS légèrement majorée) il s'agit de ce qu'on appelle un « Leaky gut » : donner un complément alimentaire (type Curcuma) pour diminuer l'inflammation
- Envoi vers une diététicienne pour une prise en charge diététique adaptée

- SII indéterminé :

- Traitements médicamenteux symptomatiques
- Envoi vers une diététicienne pour une prise en charge diététique adaptée

→ Dans tous les cas : recherche de **comorbidités psychologiques** et de répercussions sur **la qualité de vie.**

Si présentes : questionnaire d'auto-évaluation GHQ28 à remplir par le patient. Selon évaluation envoi vers une psychologue

Annexe 8 : Prototype de carnet de soins et de liaison : « Mon carnet de bord intestinal »

Numéros de contacts utiles

- Diététicienne :
  - Emilie Legay : 0474/ 75.26.75
- Psychologue :
  - Rocher Marie-Madeleine : 0496/ 61.41.08
- Autres :
  - Spécialistes :

Médecin traitant : Dr Hermand E. et Dr Crombez G.

65 avenue de la Chasse Royale
7022 Hyon
Belgique

Téléphone : 0495/ 25.01.02

Web: www.docteurhermand.be

Mon carnet de bord intestinal

Mon traitement médicamenteux :

	Quantité/dose			
Comprimés	**Matin**	**Midi**	**Soir**	**Coucher**

Mon alimentation :

Interdits	Autorisés
Alcool, café fort, soda, sirop de fruits	Eau, Thé, Café léger
Pomme, Poire, Pêche, Nectarine, Abricot, Prune, Mûres, Cerises, Mangue, Kaki, Pastèque, Avocat, Figues, Pruneaux, Lychee, Pistaches, Noix de cajou, Confitures, compotes, jus de fruits	Banane, Fraises, Raisins, Ananas, Kiwi, Framboises, Melon, Mandarines, Orange, Citron, Myrtilles, Canneberge, Airelles, Fruits de la passion, Amandes, noisettes, noix, cacahuètes (max1 poignée)
Artichauts, Asperges, Betteraves, Brocolis, Choux de Bruxelles, Chou-fleur, Chou blanc, rouge et vert, Fenouil, Maïs, Champignons, Poireaux , Petits pois, Pois mange-tout, Ail, Oignons, Échalotes, Céleri	Carottes, Haricots verts, Chicons, Laitue, Concombre, Radis, Olives, Panais, Potiron, Poivrons, Bettes, Épinards, Courgettes, Aubergine Tomate
Pois chiche, lentilles, haricots rouge et blanc, fèves de soja, Blé, seigle, orge (fructanes)	Pommes de terre, Riz, épeautre, avoine, quinoa, sarrasin. Produits sans gluten
Produits laitiers (laits, crème fraiche, fromage blanc, fromage frais, yaourt	Produits sans lactose, lait de riz, d'amande, fromage à pâte dure
Fructose, miel, bonbons, sauces,...	Viandes, volailles, poissons, ...

Le syndrome de l'intestin irritable

C'est quoi et quels sont les symptômes ?	Aussi appelé « syndrome du côlon irritable », il s'agit d'un trouble digestif qui englobe l'intestin grêle et le colon. Ils deviennent « hypersensibles ». Les causes de ce syndrome sont encore mal connues. Les symptômes ressentis sont des douleurs abdominales avec des troubles du transit mais il est également possible de souffrir d'anxiété ou de dépression
Comment fait-on le diagnostic ?	Il n'existe pas de marqueurs que l'on peut doser dans une prise de sang, ni d'examens complémentaires qui puissent aider à diagnostiquer la maladie. Votre médecin réalise le diagnostic en vous posant plusieurs questions essentielles.
Comment le traiter ?	Il n'est pas possible de guérir le syndrome de l'intestin irritable. Le but du traitement est de soulager les symptômes et d'éviter leur récidive. Le traitement comporte plusieurs points : 1) Soulager les symptômes par des médicaments 2) Diminuer l'inflammation de la paroi intestinale et restaurer la perméabilité de l'intestin grâce à l'alimentation et aux compléments alimentaires 3) Réduire le stress et l'anxiété via différentes possibilités (le sport, le yoga, l'hypnose,...) 4) Soigner la dépression si elle existe à l'aide d'une psychologue

Comment modifier mon alimentation ?

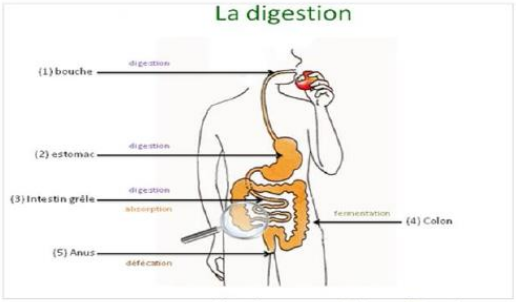
→ Tout dépend du type de trouble du transit dont vous souffrez. La personne la plus compétente pour vous renseigner est la diététicienne.

Actuellement, le régime alimentaire ayant montré le plus de preuves dans le syndrome de l'intestin irritable est le régime pauvre en FODMAPs. Celui-ci est à appliquer durant une courte période. Ensuite il faudra réintroduire les aliments progressivement.

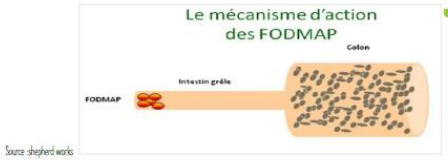
Mais qu'est-ce que c'est !?

Les fodmaps sont les aliments qui fermentent dans l'intestin

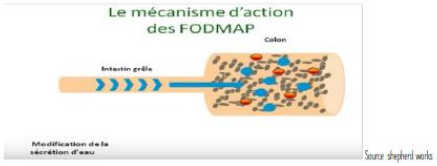
Voici tout d'abord un petit rappel de la digestion :



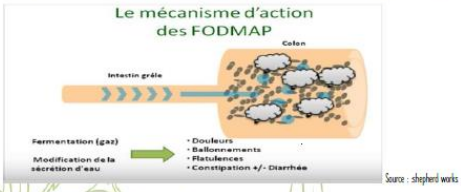
Agrandissons sur le côlon : Les Fodmaps entrent d'abord dans l'intestin grêle puis arrivent dans le colon. Mais ils sont difficiles à fragmenter et ralentissent la digestion.



Une fois arrivés dans le colon, l'eau est attirée pour essayer de les diluer. Ce qui provoque les diarrhées et les contractions intestinales



Mais ces molécules qui restent non digérées constituent une alimentation pour les bactéries qui se trouvent dans nos intestins. Celles-ci viennent digérer les FODMAPS et « fermentent » dans l'intestin causant alors les symptômes (ballonnements, douleurs, diarrhées, constipation, gaz)



Notes

Date	Observations	Nom de l'intervenant (Cachet)

Notes

Date	Observations	Nom de l'intervenant (Cachet)

Annexe 9 : Tableau original en anglais « Mécanismes physiopathologiques du SII »

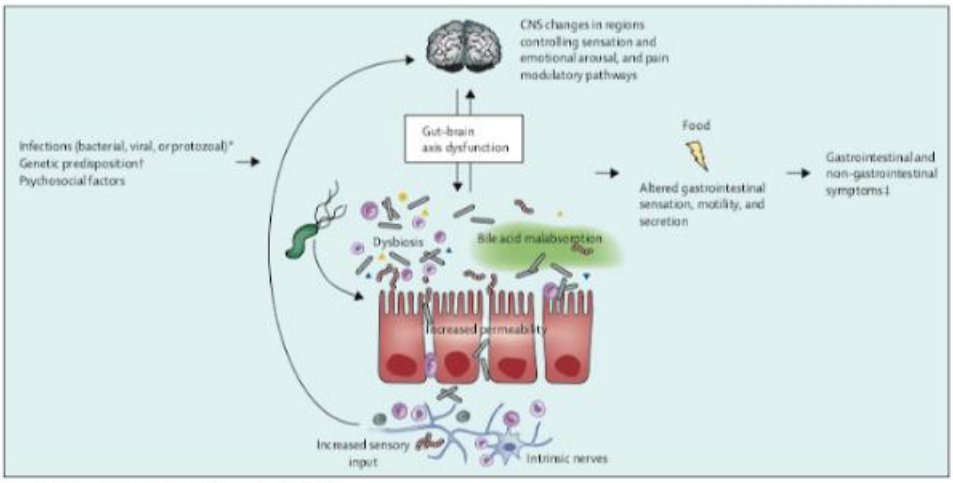


Figure 3: **Pathophysiological mechanisms involved in IBS**
IBS=irritable bowel syndrome. *See references 17 to 20. †Genome-wide association studies have shown associations with variants of chromosome 9 and mutations in the sucrase-isomaltase gene.[21–23] Other studies have shown that approximately 2% of patients with IBS carry mutations in *SCN5A*,[24] which alters the function of the voltage-gated mechanosensitive sodium ion channel NaV1.5. ‡Gastrointestinal symptoms include abdominal pain; abnormal stool form, stool frequency, or both; and bloating.[3] Non-gastrointestinal symptoms include back pain, gynaecological and bladder symptoms, headache, and fatigue.[25]

Source : (5) Ford AC, Sperber AD, Corsetti M, Camilleri M.Functional Gastrointestinal Disorders 2. Irritable bowel syndrome. Lancet 2020 Nov

Annexe 10 : Tableau original en anglais « Interventions médicamenteuses du SII »

Pharmacological Interventions for IBS (Lacy et al., 2016)

Abdominal Pain	**Bowel Subtype: IBS-C (abnormal bowel movements – usually constipation)**	**Bowel Subtype: IBS-D (abnormal bowel movements – usually diarrhea)**
Antispasmodics	Chloride channel activators	Opioid agonists
Peppermint oil	Polyethylene glycol (PEG)	Antibiotics (Rifaximin)
Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs)	Psyllium	Bile salt sequestrants
Tricyclic antidepressants	Guanylate cyclase C agonists	Probiotics Mixed opioid agonists/antagonists 5-HT_3 antagonists

Source : (8) Weaver KR, Melkus GD, Henderson WA. Irritable Bowel Syndrome: A review. Am J Nurs. juin 2017;117(6):48-55.

Annexe 11 : Exemple d'analyse en laboratoire du microbiote intestinal à partir d'un échantillon de selles

MICROBIOTE INTESTINAL

lims

NEANT (DEMANDE PATIENT)
Date de réception : 16/12/2020

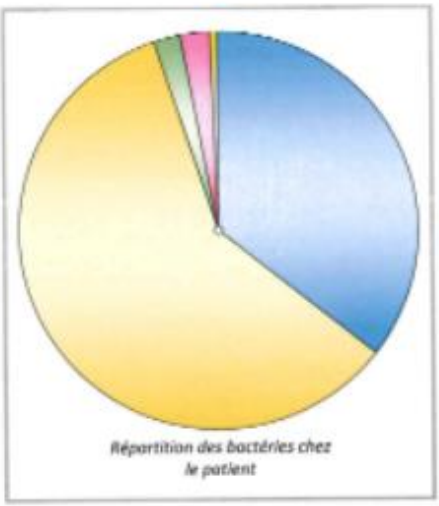
Patient : [redacted]
N° Réf. : [redacted] Age : 36 ans Sexe : M

Indice de diversité

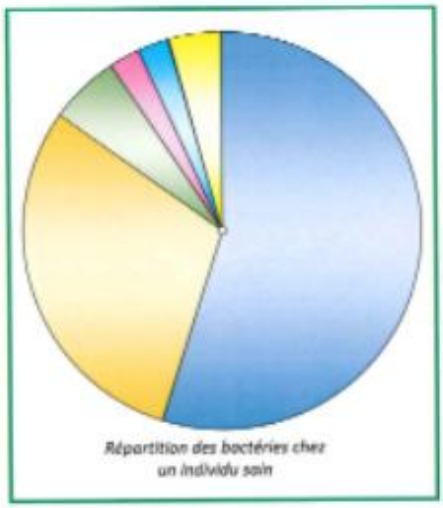
Indice de diversité	2.10	

Phyla (distribution)

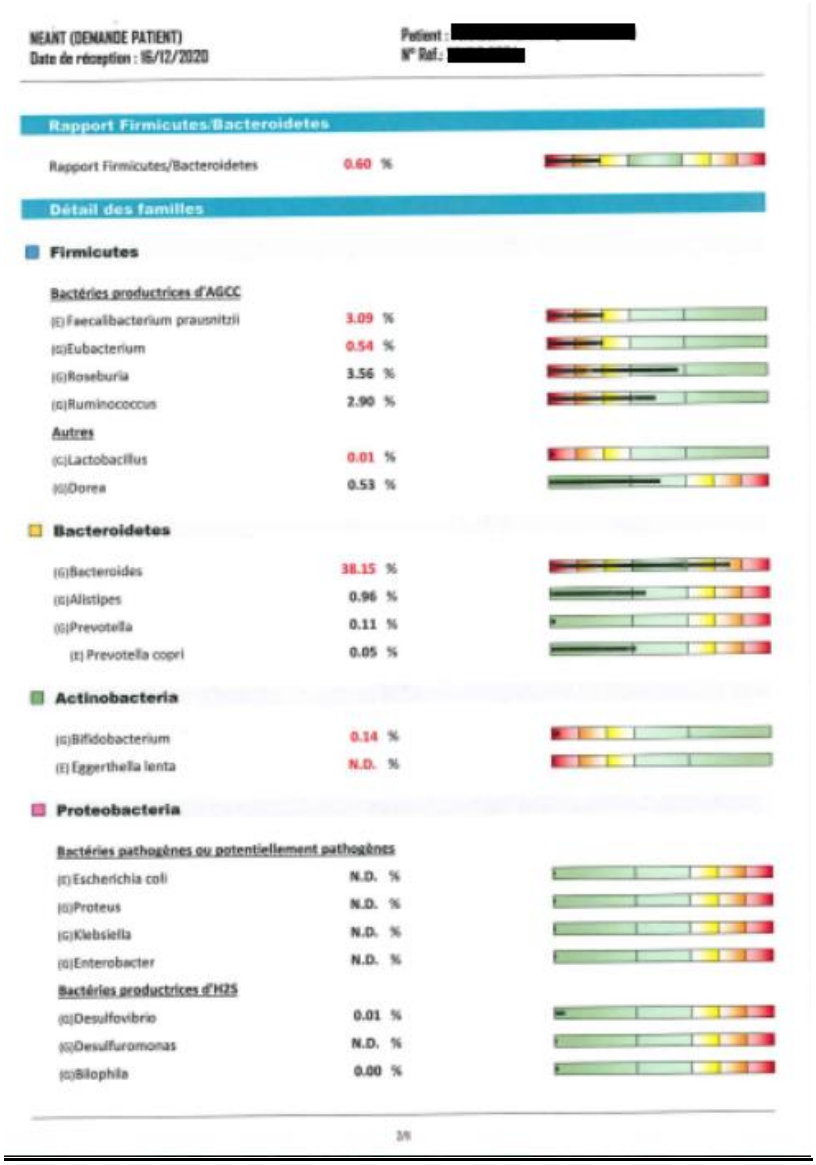
Firmicutes	35.67 %	
Bacteroidetes	59.25 %	
Actinobacteria	2.13 %	
Proteobacteria	2.43 %	
Verrucomicrobia	0.00 %	
Fusobacteria	0.00 %	
Euryarchaeota	0.00 %	
Non classés	0.51 %	



Répartition des bactéries chez le patient



Répartition des bactéries chez un individu sain



NEANT (DEMANDE PATIENT)
Date de réception : 16/12/2020

Patient : [redacted]
N° Ref. : [redacted]

Rapport Firmicutes/Bacteroidetes

Rapport Firmicutes/Bacteroidetes	0.60 %	

Détail des familles

Firmicutes

Bactéries productrices d'AGCC

(E) Faecalibacterium prausnitzii	3.09 %	
(G) Eubacterium	0.54 %	
(G) Roseburia	3.56 %	
(G) Ruminococcus	2.90 %	

Autres

(G) Lactobacillus	0.01 %	
(G) Dorea	0.53 %	

Bacteroidetes

(G) Bacteroides	38.15 %	
(G) Alistipes	0.96 %	
(G) Prevotella	0.11 %	
(E) Prevotella copri	0.05 %	

Actinobacteria

(G) Bifidobacterium	0.14 %	
(E) Eggerthella lenta	N.D. %	

Proteobacteria

Bactéries pathogènes ou potentiellement pathogènes

(G) Escherichia coli	N.D. %	
(G) Proteus	N.D. %	
(G) Klebsiella	N.D. %	
(G) Enterobacter	N.D. %	

Bactéries productrices d'H2S

(G) Desulfovibrio	0.01 %	
(G) Desulfuromonas	N.D. %	
(G) Bilophila	0.00 %	

3/5

NEANT (DEMANDE PATIENT)
Date de réception : 16/12/2020

Patient : [redacted]
N° Ref. : [redacted]

Verrucomicrobia

(E) Akkermansia muciniphila	0.00 %	

Fusobacteria

(G) Fusobacterium	N.D. %	

Euryarchaeota

(G) Methanobrevibacter	0.00 %	

AVANT PROPOS

Vous trouverez ci-dessous l'interprétation de l'analyse métagénomique (par la méthode de séquençage de l'ARN 16S) du microbiote de votre patient.

Nous nous sommes limités, pour des raisons évidentes, à la recherche et la quantification des espèces pour lesquelles il existe une relation scientifiquement démontrée avec certaines pathologies et aussi pour lesquelles il a été démontré que des modifications nutritionnelles et/ou micronutritionnelles pouvaient modifier leur importance. A noter aussi que dans certaines situations, et en accord avec la clinique, une antibiothérapie pourrait être conseillée.

Nous n'avons volontairement pas mentionné les espèces pour lesquelles il n'existe soit pas de corrélation avec la pathologie, soit pas de moyen connu d'en modifier l'importance.
Il est évident que nous restons à l'affut, au niveau du comité scientifique du laboratoire LIMS-MBNEXT, de toute évolution dans le domaine du microbiote intestinal et que les adaptations et ajouts d'espèces se feront au fur et à mesure de l'évolution des connaissances.

Vue schématique du Microbiote de votre patient :

POSITIF Bactéries ayant un effet bénéfique sur la santé présentes en quantité SUFFISANTE chez votre patient
• Roseburia
• Ruminococcus

A CORRIGER Bactéries ayant un effet bénéfique sur la santé présentes en quantité INSUFFISANTE chez votre patient
• Faecalibacterium prausnitzii
• Eubacterium
• Lactobacillus
• Bifidobacterium
• Akkermansia muciniphila