



Support de formation

---

# Les troubles digestifs chez l'adulte

Formation réalisée par les pharmaciens rédacteurs et l'équipe de conception e-learning de  
Ma Formation Officinale

En collaboration avec le Dr Jean-Bernard Delobel et le Dr Caroline Couffon, hépato-gastro-entérologues

## Unité 1

<b>Chapitre 1 - Le reflux gastro-œsophagien</b> .....	3
1.1 Définition et épidémiologie	
1.2 Physiopathologie	
1.3 Symptomatologie	
1.4 Diagnostic	
1.5 Stratégie thérapeutique	
1.6 Mise en application à l'officine	

## Unité 2

<b>Chapitre 2 - La diarrhée aiguë</b> .....	7
2.1 Définition et épidémiologie	
2.2 Étiologie	
2.3 Physiopathologie	
2.4 Symptomatologie et diagnostic	
2.5 Stratégie thérapeutique	
2.6 Mise en application à l'officine	

## Unité 3

<b>Chapitre 3 - La constipation</b> .....	14
3.1 Définition et épidémiologie	
3.2 Physiopathologie	
3.3 Symptomatologie et diagnostic	
3.4 Stratégie thérapeutique	
3.5 Mise en application à l'officine	

## Unité 4

<b>Chapitre 4 - Les troubles fonctionnels intestinaux</b> .....	20
4.1 Définition et épidémiologie	
4.2 Physiopathologie	
4.3 Symptomatologie et diagnostic	
4.4 Stratégie thérapeutique	
4.5 Mise en application à l'officine	

## Unité 5

<b>Chapitre 5 - La maladie hémorroïdaire</b> .....	24
5.1 Définition	
5.2 Symptomatologie	
5.3 Stratégie thérapeutique	
5.4 Mise en application à l'officine	

## Annexes

<b>Glossaire</b> .....	28
<b>Références bibliographiques</b> .....	28

## Chapitre 1 - Le reflux gastro-œsophagien

### 1.1 Définition et épidémiologie

Le reflux gastro-œsophagien (RGO) correspond au passage d'une partie du contenu acide de l'estomac dans l'œsophage en dehors de tout effort de vomissement.

Il peut survenir de temps en temps après les repas et être **asymptomatique**. On parle de **RGO physiologique**.

Il devient **pathologique** lorsque cette remontée acide entraîne des **symptômes et/ou des lésions** de la muqueuse œsophagienne.

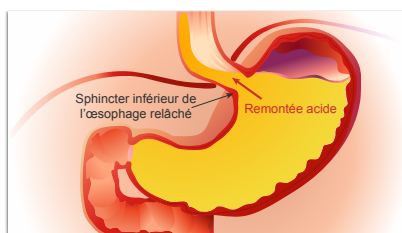
En France, le RGO est une pathologie extrêmement fréquente : au moins 1 adulte sur 3 souffre de reflux tous les mois et jusqu'à 1 adulte sur 10 en souffre toutes les semaines.

### 1.2 Physiopathologie

La physiopathologie du reflux gastro-œsophagien est principalement due à un dysfonctionnement du **sphincter inférieur de l'œsophage (SIO)**.

En temps normal, ce sphincter joue le rôle d'une valve anti-reflux : il laisse passer les aliments dans l'estomac puis se referme pour éviter le reflux.

En cas de RGO, on observe une défaillance du SIO avec des relaxations transitoires qui surviennent en dehors de toute déglutition. Quand ce sphincter est relâché, une partie du contenu de l'estomac va passer dans l'œsophage. Or, la muqueuse de l'œsophage n'est pas conçue pour résister au contenu acide de l'estomac.



En fonction de l'intensité et de la fréquence du reflux, on peut observer des symptômes et/ou des lésions de l'œsophage.

Le RGO est une **pathologie plurifactorielle**.

Les autres facteurs pouvant favoriser, voire aggraver un reflux sont :

- Une surcharge pondérale
- Une prise de poids rapide
- La grossesse
- Une cause iatrogène

Chez des personnes prédisposées, le tabac, l'alcool, la consommation de certains aliments et le port de vêtements trop serrés, qui augmentent la pression sur l'estomac, favorisent également le reflux.

Le fait d'avoir une hernie hiatale n'induit pas systématiquement la présence d'un RGO.

### 1.3 Symptomatologie

Il existe des **symptômes digestifs typiques** du RGO, qui traduisent le passage du contenu acide de l'estomac dans l'œsophage :

- **Le pyrosis** : brûlures remontant derrière le sternum
- **Les régurgitations acides** : remontées du contenu acide de l'estomac jusqu'au pharynx qui surviennent en dehors de tout effort de vomissements/nausées

Le RGO est d'autant plus évocateur si ces symptômes surviennent majoritairement après les repas, s'ils sont favorisés par la flexion du tronc en avant et la position allongée.

## Information

Il existe également d'autres symptômes, dits « symptômes atypiques » et parfois trompeurs car extradiigestifs.

Les 2 principales complications du RGO sont :

- **L'œsophagite** : c'est la **complication la plus fréquente** du RGO.

C'est une inflammation de l'œsophage caractérisée par des **ulcérations** plus ou moins étendues du bas de l'œsophage.

On classe les œsophagites en 4 grades allant de peu sévère (quelques petites ulcérations) à très sévère (toute la circonférence de l'œsophage est ulcérée).

L'œsophagite peut elle-même se compliquer :

- d'**hémorragies œsophagiennes** : les zones ulcérées se mettent à saigner.
  - d'une **sténose peptique** : elle s'observe dans les œsophagites sévères, circonférentielles, dont la cicatrisation peut conduire à une sorte d'anneau fibreux qui rétrécit la lumière de l'œsophage.
- **L'endobrachyœsophage (EBO)** : il se définit par le remplacement de la muqueuse du bas œsophage par une muqueuse glandulaire de type intestinal. Le risque de développer un EBO est lié à l'**exposition acide chronique** de l'œsophage.
- L'EBO peut se compliquer, dans une minorité des cas, par l'apparition d'une dysplasie, phénomène rare, mais 1ère étape vers le cancer de l'œsophage.
- Un RGO chronique, même asymptomatique, peut entraîner un EBO.

## A retenir

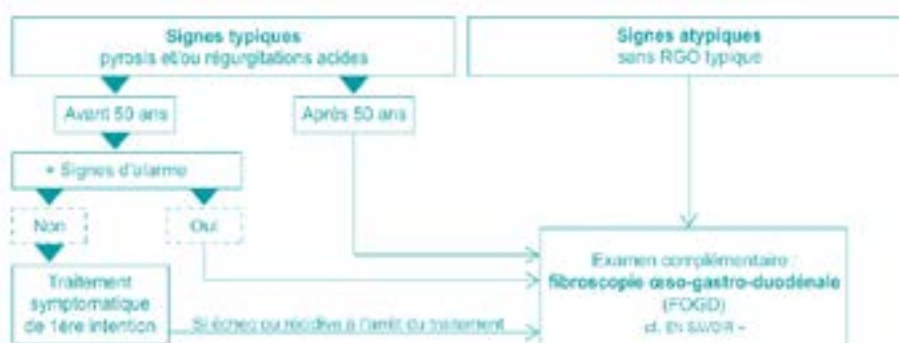
Les recommandations préconisent de réaliser une fibroscopie œso-gastro-duodénale chez tous les patients atteints de RGO après 50 ans, pour éliminer le risque d'EBO. 50 ans est l'âge retenu arbitrairement car on estime qu'à partir de cet âge, la personne a plus de risque d'avoir été exposée depuis de nombreuses années à un RGO, et donc d'avoir développé une complication, qu'une personne de 25 ans par exemple.

**Sachez que ces complications sont à suspecter devant l'apparition de signes d'alarme :**

- Dysphagie (difficulté à avaler)  
=> Risque de sténose
- Signes d'anémie ou d'hémorragie digestive (sang dans les selles, pâleur, etc.)  
=> Risque d'une œsophagite sévère qui aurait saigné  
=> Risque de cancer de l'œsophage avec micro-saignements chroniques
- Altération de l'état général ou amaigrissement  
=> Risque de sténose sévère rendant la prise d'aliments difficile  
=> Risque de cancer de l'œsophage

## 1.4 Diagnostic

Arbre décisionnel



## 1.5 Stratégie thérapeutique

Le RGO est une pathologie très fréquente et bénigne dans la majorité des cas. Seuls les reflux symptomatiques qui présentent une gêne pour le patient seront traités. L'objectif est essentiellement le soulagement des symptômes.

Voici les **conseils hygiéno-diététiques** que vous pouvez donner à vos patients :

- Surélever la tête de lit de 10-15 cm et ne pas se coucher juste après le repas (seule mesure qui a fait la preuve de son efficacité)
- Repérer les situations favorisant un RGO (ex. : efforts physiques post-prandiaux, position penchée en avant, stress, etc.) et les éviter autant que possible
- Repérer les facteurs favorisant un RGO (ex. : aliments épicés, alcool, tabac, café, agrumes ou autres aliments) et les supprimer
- Éviter les repas trop copieux et trop gras qui ralentissent la vidange gastrique
- Éviter les vêtements trop serrés qui créent une hyperpression abdominale
- Essayer de perdre du poids, en cas d'excès pondéral

### Traitements médicamenteux disponibles sans ordonnance

#### Les anti-acides

Les principes actifs sont des sels d'aluminium, des sels de magnésium, du carbonate de calcium et du bicarbonate de sodium.

Exemples : Maalox®, Phosphalugel®, Gaviscon®, Rennie®

Certains antiacides peuvent être associés à des substances telles que les alginates (ex. : Gaviscon®, Gavisconell®).

Les alginates forment un gel visqueux à la surface du contenu acide de l'estomac. En cas de reflux, ces alginates tapissent la muqueuse œsophagienne et la protègent.

#### Mécanisme d'action

Les antiacides **agissent localement** par neutralisation du contenu acide. En élevant le pH intra-gastrique, ils diminuent le caractère acide des reflux sans en diminuer la fréquence.

**Les antiacides peuvent être utilisés en cas de symptômes typiques et peu fréquents (< 1/semaine).** Leur durée d'action est courte mais ils ont l'avantage de soulager rapidement les symptômes. Ils sont à prendre ponctuellement.

#### A retenir

Les antiacides ne permettent pas la cicatrisation des lésions de la muqueuse œsophagienne.

#### Conseils de délivrance

Les antiacides existent sous forme de comprimés à sucer, de comprimés à croquer, de suspension buvable, de sachets. Le choix de la forme galénique est propre au patient selon ses préférences.

Ils sont à prendre au moment des douleurs ou après les repas (maximum 6 fois/jour).

Respecter un intervalle de 2 heures avec la prise d'autres médicaments, car les antiacides diminuent l'absorption digestive de nombreux médicaments.

Les antiacides peuvent être conseillés pendant la grossesse.

Prévenez de possibles effets indésirables, différents selon les principes actifs :

Diarrhées	Sels de magnésium
Constipation et flatulences	Carbonate de calcium
Constipation	Sels d'aluminium
Apport de sodium non négligeable	Bicarbonate de sodium

A éviter en cas d'insuffisance cardiaque, d'hypertension artérielle mal contrôlée, etc.

Source : La Revue Prescrire, Guide des interactions médicamenteuses 2014 – Patients sous antiacide.

## Les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)

### • Spécialités disponibles sans ordonnance

Exemples : Mopralpro® (oméprazole), Nexium control® (ésoméprazole), Ipraalox® (pantoprazole)

Les spécialités sont disponibles en boîte de 7 ou 14 comprimés.

### Astuce

Toutes les DCI des IPP se terminent en **-azole** !

### Les IPP sont à conseiller en cas de symptômes typiques et rapprochés (> 1/semaine).

Ils sont efficaces sur le RGO à la posologie d'**1 comprimé par jour** (effet antisécrétoire puissant qui bloque les pompes à protons, responsables de l'acidité gastrique, sur plusieurs heures).

La prise d'IPP est recommandée **avant le repas** :

- 1 cp avant le repas du matin en cas de symptômes prédominant la journée
- 1 cp avant le repas du soir en cas de symptômes prédominant la nuit

**L'effet des IPP** sur les symptômes peut n'apparaître qu'**au bout de 2 à 3 jours**.

La majorité des patients **ne ressentent plus de symptômes au bout de 7 jours**. Une fois les symptômes totalement disparus, le traitement doit être arrêté.

Tous les IPP se présentent sous **forme gastrorésistante** (comprimé gastrorésistant ou microgranules gastrorésistants dans une gélule), car les IPP sont détruits en milieu acide.

En cas de difficulté de déglutition, les gélules peuvent être ouvertes et le patient doit avaler les microgranules sans les croquer.

Par contre, les comprimés doivent être avalés entiers, sans être mâchés ni croqués.

### Effets indésirables

Les plus fréquents sont des troubles digestifs (constipation, diarrhées, flatulences, nausées/vomissements). Il peut aussi y avoir des céphalées, sensations vertigineuses.

### Interactions pharmacologiques

Il existe des interactions pharmacologiques entre les IPP et certains médicaments comme la digoxine et le clopidogrel (Plavix®), mais l'impact clinique est très limité pour le patient, donc vous pouvez les conseiller même chez les patients polymédiqués.

La seule contre-indication des IPP est leur association avec l'atazanavir (Reyataz®).

### IPP et grossesse

Actuellement, seule la monographie Vidal de **l'oméprazole** précise qu'il peut être **utilisé lors de la grossesse**.

L'ésoméprazole, le pantoprazole et le lansoprazole ne sont pas recommandés par mesure de précaution.

**Le rabéprazole est contre-indiqué au cours de la grossesse.**

### Les objectifs thérapeutiques

> **Les spécialités disponibles sans ordonnance n'agissent que sur le soulagement des symptômes du RGO.**

> **Lorsque l'objectif est aussi la cicatrisation des lésions de l'œsophage, les IPP** sont efficaces, à condition de les utiliser à pleine dose et sur plusieurs semaines.

Certains antihistaminiques H2 (anti-H2) à prescription obligatoire (cimétidine, famotidine) ont également cette indication, mais leur efficacité est inférieure à celle des IPP.

### Attention

Contrairement aux autres anti-H2, la cimétidine est un puissant inhibiteur enzymatique du cytochrome P450. Chez les patients ayant par ailleurs d'autres traitements médicamenteux, la cimétidine expose à un grand risque d'interactions médicamenteuses.

### Chapitre 2 - La diarrhée aiguë

#### 2.1 Définition et épidémiologie

Selon l'OMS, une diarrhée se définit par l'émission de plus de 3 selles molles ou liquides par jour.

Une diarrhée est dite aiguë quand elle dure moins de 2 semaines.

Le plus souvent, le **début** est **soudain** chez un patient avec un **transit auparavant normal**.

En général, la diarrhée aiguë régresse spontanément en moins de 5 jours.

Il s'agit d'une pathologie extrêmement fréquente.

On note un pic épidémique en hiver, attribué principalement aux virus.

#### 2.2 Étiologie

La majorité des diarrhées sont d'origine infectieuse.

##### • Les infections virales

En France et dans les pays industrialisés, les virus sont de loin la cause la plus fréquente (ex. : rotavirus, adénovirus, etc.).

L'infection réalise alors le **classique tableau de gastro-entérite aiguë**.

##### • Les infections bactériennes

Les diarrhées d'origine bactérienne ne doivent pas être négligées et peuvent être responsables de :

##### - Diarrhée du voyageur (Turista)

- **Toxi-infections alimentaires collectives (TIAC)** : deux cas groupés similaires d'épisodes digestifs ayant pour cause une même origine alimentaire. Il s'agit d'une maladie à déclaration obligatoire. La durée d'incubation varie de 1 à 48 heures selon le germe responsable.

Les salmonelles représentent le principal germe des TIAC à l'origine d'un syndrome dysentérique (70 % des TIAC).

##### • Les infections parasitaires : elles sont rares (ex. : amibiase).

#### Modes de transmission des diarrhées infectieuses

La transmission se fait par :

- L'eau souillée, soit consommée ou avalée lors d'une baignade par exemple

- Des aliments contaminés

- Contact interhumain, direct (mains mal lavées) ou indirect via des objets « contaminés » (poignées de porte, etc.)

La diarrhée infectieuse est favorisée par la vie en collectivité et la restauration collective.

#### Causes iatrogènes

De nombreux médicaments peuvent provoquer des diarrhées.

La diarrhée peut parfois être le signe d'un surdosage, notamment en cas de traitement par colchicine, digoxine ou méthotrexate.

#### La diarrhée post-antibiotique :

##### • Souvent bénigne

Elle survient en général après 3 à 5 jours de traitement.

Le tableau clinique est caractérisé par une diarrhée isolée, sans fièvre.

La diarrhée est transitoire et spontanément régressive à l'arrêt du traitement.

Elle traduit un déséquilibre de la flore intestinale.

##### • Plus rarement liée à l'émergence d'un agent pathogène intestinal

La colite pseudomembraneuse est la diarrhée post-antibiotique la plus grave.

Elle est liée à la prolifération d'une bactérie dans l'intestin : *Clostridioides difficile* (anciennement *Clostridium difficile*).

Cette bactérie sécrète une toxine responsable de diarrhées aqueuses, voire d'une nécrose de la muqueuse intestinale, pouvant être à l'origine d'une perforation du côlon avec risque de péritonite.

Les selles sont souvent glaireuses, parfois sanglantes. Elles peuvent s'accompagner de douleurs abdominales, fièvre, déshydratation.

Elle est relativement rare dans la population générale mais sa fréquence augmente chez les patients fragiles.

Elle survient en général 5 à 10 jours après le début de la prise de l'antibiotique, mais est possible jusqu'à 2 mois après l'arrêt de l'antibiotique.

Quasiment tous les antibiotiques peuvent être concernés mais trois classes sont plus fréquemment mises en cause : les fluoroquinolones, les pénicillines et les céphalosporines surtout de 2ème et 3ème génération.

#### Notez

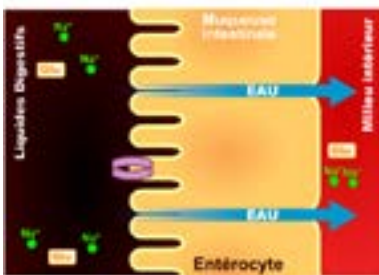
Toute diarrhée de gravité inhabituelle chez un patient traité par antibiotique doit conduire à l'arrêt du traitement.

### 2.3 Physiopathologie

En temps normal, au cours des repas, l'ingestion des aliments stimule les sécrétions digestives.

Une grande quantité d'eau (liquides digestifs) devra être réabsorbée par l'intestin pour que la quantité d'eau éliminée dans les selles soit négligeable.

L'absorption des nutriments et des électrolytes (principalement le sodium) au niveau des villosités de l'**intestin grêle** entraîne un mouvement d'eau vers le milieu intérieur, afin d'équilibrer l'osmolarité des milieux.



Le fait que le **sodium** soit absorbé ou non dépend de la présence de nutriments dans les liquides digestifs, principalement de **glucose**. En effet, il existe un mécanisme de cotransport sodium-glucose qui facilite l'**absorption** du sodium vers le milieu intérieur.

L'eau non absorbée par l'intestin grêle l'est ensuite presque complètement au niveau du côlon.

Ceci permet d'avoir au final des selles de consistance normale.

#### Notez

Le mécanisme d'action des solutés de réhydratation orale repose sur le principe de cotransport sodium-glucose.

#### A retenir

**Dans les diarrhées infectieuses**, on observe une perturbation de ce mécanisme d'absorption intestinale de l'eau et des électrolytes (voire une inversion des mouvements hydroélectrolytiques), ce qui aboutit rapidement à un dépassement des capacités d'absorption du côlon et donc à des selles plus liquides.

#### • Malabsorption des nutriments et électrolytes

Dans certaines diarrhées infectieuses, les germes pénètrent dans la muqueuse intestinale en l'altérant plus ou moins.

S'ensuit une mauvaise absorption des nutriments et électrolytes. L'eau reste alors dans la lumière du grêle, puis du côlon.

**• Augmentation de la sécrétion digestive des électrolytes**

C'est un deuxième mécanisme qui peut expliquer les diarrhées.

En effet, certains **germes ne pénètrent pas dans la muqueuse intestinale** mais ils produisent des toxines qui activent l'AMP cyclique, messenger qui stimule l'activité de transporteurs intervenant dans les mouvements d'eau et d'électrolytes.

S'ensuit alors une **hypersécrétion d'électrolytes vers la lumière intestinale**, ce qui attire l'eau dans la lumière du grêle, puis du côlon.

Dans une diarrhée sécrétoire à germes non invasifs, il n'y a **pas de lésion** du grêle ou du côlon. Ce sont les transports d'électrolytes qui sont altérés.

**Notez**

Certains germes, notamment les virus, peuvent induire à la fois une malabsorption et une augmentation de la sécrétion digestive des électrolytes.

**2.4 Symptomatologie et diagnostic**

Selon le germe en cause et son potentiel de destruction de la muqueuse intestinale, le tableau clinique est différent.

**Les diarrhées bactériennes à germe entéro-invasif** : destruction en profondeur de la muqueuse intestinale.

Tableau clinique :

- Diarrhée souvent peu abondante
- Présence de glaire, de sang et/ou de pus
- Émissions répétées, souvent douloureuses et parfois afécales (uniquement sang et glaires)
- Fièvre élevée fréquente

On parle de syndrome dysentérique, caractéristique d'une diarrhée invasive.

Ex. : Salmonelles fréquemment retrouvées dans les toxi-infections alimentaires.

**Risque principal** = extension de l'infection au-delà de l'intestin avec toutes les conséquences liées (ex. : perforation de la paroi du côlon, péritonite, hémorragie, infection généralisée).

**Les diarrhées virales** : muqueuse intestinale érodée +/- hypersécrétion d'électrolytes.

Tableau clinique :

- Diarrhée généralement aqueuse
- Pas de sang, ni de glaire
- Sont souvent associés :
- Vomissements
- Syndrome pseudo-grippal

En France, elles surviennent par épidémies essentiellement en hiver. C'est la gastroentérite banale.

**Risque principal** = la déshydratation

**Les diarrhées bactériennes à germe sécréteur de toxine** : hypersécrétion d'électrolytes, muqueuse intestinale normale.

Tableau clinique :

- Diarrhée aqueuse abondante
- Pas de sang, ni de glaire
- Vomissements fréquents
- Fièvre le plus souvent absente

On parle de diarrhées sécrétoires, encore appelées syndrome cholériforme.

Ex. : bactéries impliquées dans certaines toxi-infections alimentaires (staphylocoque doré, *Clostridium perfringens*, etc.), dans les diarrhées du voyageur (*E. coli* entérotoxigène), le choléra (diarrhée sécrétoire ++ : 10-15 l/j)

**Risque principal** = la déshydratation

Certains **virus** ne sécrètent pas de toxines mais certaines de leurs **protéines** se comportent comme des toxines (ex. : virus impliqués dans les gastro-entérites aiguës).

En France, la majorité des diarrhées infectieuses étant d'origine virale, la complication à laquelle vous devez être le plus vigilant à l'officine est la **déshydratation**.

**Elle est rare chez l'adulte en bonne santé.**

Elle survient plus fréquemment chez les **sujets âgés**, les sujets **polypathologiques** et **polymédiqués**, ou **immunodéprimés**, avec des conséquences parfois plus sévères chez ces patients.

Il est important de savoir repérer les premiers signes de déshydratation, par exemple : sécheresse de la peau et des muqueuses avec pli cutané, perte de poids, hypotension orthostatique, soif, yeux cernés, confusion, somnolence.

Avant toute prise en charge d'une diarrhée au comptoir, assurez-vous de **l'absence de signes d'alerte** :

- **Aspect clinique des selles et symptômes associés**
  - Présence de glaire ou de sang dans les selles
  - Fièvre élevée avec altération de l'état général
  - Vomissements importants empêchant la réhydratation
- **Conditions de survenue**
  - Caractère collectif : plusieurs personnes atteintes à la suite d'un même repas.
  - Diarrhée importante et/ou avec glaire/sang, suite à une antibiothérapie récente (dans les 2 mois).
  - Diarrhée suite au retour d'un voyage tropical persistante au-delà de 72h ou avec autres signes d'alerte.
  - Répétition fréquente d'épisodes de diarrhée aiguë chez un même patient dans l'année, pouvant avoir pour cause une maladie sous-jacente. Ex. : déficit immunitaire, poussée de MICI (maladie inflammatoire chronique de l'intestin), maladie cœliaque, etc.
- **Facteurs de risque liés au patient lui-même**
  - Terrain médical particulier. Ex. : immunodépression, patient ayant une prothèse valvulaire (car la bactérie peut aller sur la valve cardiaque), sujet âgé polymédiqué.

## 2.5 Stratégie thérapeutique

En France, la plupart des épisodes diarrhéiques sont bénins. L'évolution de la diarrhée se fait spontanément vers la **guérison en quelques jours** avec épuisement des effets sécrétoires des toxines et/ou réparation des lésions des muqueuses.

### Mesures hygiéno-diététiques

Elles permettent d'améliorer la consistance des selles et de prévenir la déshydratation.

#### Alimentation à favoriser

- L'eau, les bouillons de légumes, etc. à boire abondamment pour compenser les pertes hydriques
- Les viandes non grasses (ex. : volailles, jambon blanc) et les poissons cuits à la vapeur, car plus faciles à digérer
- Les fruits de type bananes, poires, pommes, coings, si possible en compote
- Les aliments pauvres en fibres : féculents (riz blanc, pommes de terre, pâtes), carottes cuites, et légèrement salés
- Les yaourts, fromages à pâte cuite

#### Alimentation à éviter

- Le lait
- Les jus de fruits et les boissons « allégées » avec édulcorant
- Les crudités
- Les graisses
- Les plats en sauce
- Les légumes verts
- Les boissons glacées
- Le café
- Les plats épicés

### Pourquoi faut-il éviter de boire du lait ?

Les lésions de la muqueuse peuvent entraîner une diminution de l'activité de la lactase intestinale qui hydrolyse normalement le lactose en glucose et galactose.

Il peut en résulter une malabsorption du lactose qui, en restant dans la lumière digestive, va augmenter l'osmolarité et donc créer un appel d'eau vers les liquides intestinaux. De plus, le lactose sera fermenté par les bactéries du côlon, avec risque de ballonnements et de majoration de la diarrhée.

Par contre, on peut consommer des yaourts, qui contiennent directement de la lactase.

### On me conseille de boire du Coca®, est-ce utile ?

Les sodas à base de cola ne sont pas intéressants à conseiller en cas de diarrhée aiguë, car ces boissons sont trop sucrées, trop hyperosmolaires et trop pauvres en sodium et en potassium par rapport à la solution de réhydratation orale recommandée par l'OMS.

### Peut-on boire des boissons « light » ?

Il est préférable d'éviter ce type de boissons. Les édulcorants contenus dans les boissons « light » peuvent provoquer des diarrhées.

En effet, ces boissons contiennent des sucres non absorbables qui vont, comme pour le lactose, augmenter l'osmolarité, attirer l'eau dans la lumière digestive, et être fermentés par les bactéries du côlon.

### Pourquoi faut-il éviter les légumes verts ?

Car ils sont riches en fibres, ce qui accélère le transit intestinal.

**Des mesures d'hygiène simples** permettront, quant à elles, d'éviter la contamination en cas de diarrhée infectieuse.

- Se laver les mains à l'eau et au savon après chaque selle et avant chaque repas
- Utiliser si besoin des solutions hydro-alcooliques pour la désinfection des mains souillées
- Désinfecter régulièrement les surfaces fréquemment touchées (toilettes, poignées de porte, etc.) à l'eau de javel

### Traitements médicamenteux disponibles sans ordonnance

- Les antisécrétoires intestinaux

**Racécadotril 100 mg** (Diarfix®, Tiorfast®)

**Mécanisme d'action** : ils diminuent la sécrétion intestinale d'eau et d'électrolytes. Ils n'ont pas d'effet sur le péristaltisme intestinal. Ils réduisent modestement la durée de la diarrhée.

**Posologie usuelle** : 1 gélule dès les premiers signes puis 1 gélule au début des 3 principaux repas.

**Effets indésirables** : les plus fréquents sont des céphalées et des troubles digestifs (constipation, vomissements).

**Grossesse et allaitement** : Selon les monographies du Vidal, il est préférable de l'éviter pendant la grossesse et l'allaitement. En conseil, mieux vaut privilégier le loperamide qui ne pose pas de problème pendant la grossesse et l'allaitement.

#### Attention

Le racécadotril ne doit pas être utilisé en présence d'un syndrome dysentérique (sang dans les selles +/- fièvre) ni au cours des diarrhées associées aux antibiotiques.

- Les ralentisseurs du transit

**Loperamide 2 mg** (ex. : Diarétyl®, Imodiumlingual®, Imodiumliquicaps®)

Il existe également une association loperamide 2 mg + siméticone, un antifatulent (Imodiumduo®).

**Mécanisme d'action** : c'est un analogue structurel des opioïdes. Il ralentit le temps de transit intestinal, ce qui favorise la réabsorption d'eau. Il réduit modestement la durée de la diarrhée.

**Posologie usuelle** : 2 gélules (capsules ou lyophilisats) d'emblée suivies de 1 gélule après chaque selle non moulée, avec un maximum de 6 par jour (4 maxi en cas d'association loperamide + siméticone). La prise doit être diminuée dès que la diarrhée diminue pour éviter une constipation. En automédication, il est recommandé de ne pas dépasser 2 jours de traitement.

**Contre-indications** : pathologie inflammatoire de l'intestin en poussée (rectocolite hémorragique ou maladie de Crohn).

**Effets indésirables** : constipation principalement.

**Grossesse et allaitement** : l'utilisation occasionnelle du lopéramide est possible pendant la grossesse et l'allaitement.

### Attention

#### Ne pas conseiller de lopéramide :

- en cas de diarrhée apparemment banale sous antibiotique, car le lopéramide pourrait être un facteur aggravant de colite pseudomembraneuse consécutive à une antibiothérapie.
- en cas de diarrhée invasive (présence de sang et/ou de pus) car il augmente le temps de présence des bactéries dans l'intestin, ce qui peut favoriser l'invasion tissulaire par les micro-organismes.

#### • Les topiques adsorbants

**Diosmectite** (ex. : Smecta®, Smectalia®)

**Mécanisme d'action** : ils améliorent la consistance des selles. Ils ne réduisent pas la durée de la diarrhée.

**Posologie usuelle** : 1 sachet 3 fois par jour.

**Mise en garde** : respecter un intervalle de 2 heures avec la prise d'autres médicaments (diminution de l'absorption digestive des autres médicaments).

**Grossesse et allaitement** : par mesure de précaution, les médicaments à base d'argiles extraites du sol ne doivent pas être utilisés pendant la grossesse ni l'allaitement, car ils peuvent contenir de faibles quantités de métaux lourds présents naturellement dans l'environnement, tel que le plomb.

#### • Autres traitements

Les levures (ex. : Ultra-levure®) et les ferments lactiques (ex. : Actyfylys®, Lactibiane®) sont traditionnellement utilisés dans le traitement des diarrhées mais leur efficacité n'a pas été démontrée scientifiquement.

### Solutés de réhydratation orale

Les solutés de réhydratation orale sont majoritairement indiqués chez l'enfant, mais ils peuvent également être utilisés chez l'adulte, notamment chez la personne âgée dont le risque de déshydratation est majeur.

Le soluté de réhydratation orale n'est pas destiné à arrêter la diarrhée, mais bien à compenser les pertes d'eau et d'électrolytes dans les selles. La **persistance de selles liquides** est donc normale.

Les **intervalles** auxquels on offre le soluté dépendent de l'état d'hydratation, de l'intensité de la diarrhée et de l'existence ou non de vomissements. Lorsque la diarrhée est sévère ou que la personne vomit, il est préférable de fractionner les prises, en buvant la solution bien fraîche, toutes les 5 à 10 minutes, par petites gorgées.

Il est important d'interrompre leur administration chez les sujets âgés, lorsque la diarrhée régresse, pour éviter un risque de surcharge hydro-sodée secondaire.

### Cas particulier : la diarrhée du voyageur

La diarrhée du voyageur se présente généralement sous forme d'un épisode aigu bénin, **spontanément résolutif en 1 à 3 jours**, mais qui peut parfois être grave.

Rappelez aux personnes qui partent en voyage les **mesures d'hygiène préventive** pour éviter la diarrhée du voyageur.

- Se laver souvent les mains (à l'eau et au savon, ou avec une solution hydro-alcoolique).
- Boire de l'eau en bouteille capsulée, et ouverte devant soi.
- Si besoin, boire de l'eau rendue potable par ébullition (1 minute à gros bouillons)
- Éviter tout ce qui peut contenir de l'eau qui n'a pas été bouillie. Bien cuire les viandes, les poissons, les œufs et les crustacés.
- Peler les fruits soi-même.
- Éviter les crudités, coquillages, buffets froids et plats réchauffés.

Source InVS : *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (Recommandations sanitaires pour les voyageurs, mai 2019)*

Recommandations du BEH pour le traitement symptomatique de la diarrhée du voyageur :

« Les anti-diarrhéiques ne doivent pas être utilisés en cas de diarrhée sévère glairo-sanglante ou fébrile.

En cas de diarrhée bénigne ou modérée :

- un anti-diarrhéique antisécrétoire (racécadotril) peut atténuer la symptomatologie clinique.
- l'usage d'un anti-diarrhéique moteur (lopéramide) est à restreindre aux cas survenant dans des circonstances particulières (diarrhées très liquides, fréquentes et abondantes ; accès difficile aux sanitaires).
- les pansements intestinaux (diosmectite) n'ont pas prouvé leur efficacité.
- le niveau de preuve d'efficacité des probiotiques est insuffisant pour les recommander »

### Conseil à l'officine

Les produits à conseiller pour éviter ou traiter la diarrhée du voyageur sont :

- Une solution hydro-alcoolique
- Un produit pour désinfecter l'eau si nécessaire (Aquatabs®, Hydroclonazone®, Micropur®)
- Des solutés de réhydratation orale, pour éviter tout risque de déshydratation
- Un anti-diarrhéique

## Chapitre 3 - La constipation

### 3.1 Définition et épidémiologie

La constipation correspond à une insatisfaction du patient lors de la défécation, due à :

- des **selles peu fréquentes** (moins de 3 selles par semaine)
- **et/ou** une **difficulté pour exonérer**

Les difficultés pour exonérer peuvent se traduire par :

- des efforts de poussée
- une sensation d'obstacle au passage des selles
- une sensation d'évacuation incomplète
- l'émission de selles dures

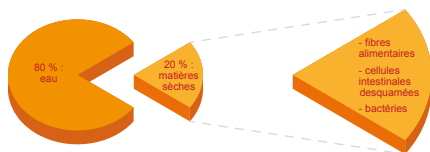
Selon les critères internationaux (appelés critères de Rome), **le caractère chronique de la constipation est défini par une durée d'évolution des symptômes supérieure à 6 mois.**

La prévalence se situe entre 15 et 20 % dans les pays occidentaux.

Personnes les plus concernées : les femmes, les femmes enceintes, les personnes âgées, les personnes alitées.

### 3.2 Physiopathologie

En temps normal, les matières fécales sont constituées à 80 % d'eau et 20 % de matières sèches.



Les fibres alimentaires représentent la partie de l'aliment qui ne peut pas être digérée.

Elles jouent un rôle essentiel dans la régulation du transit.

Elles s'imbibent d'eau, augmentent le volume des selles et accélèrent donc de façon mécanique le transit intestinal.

On distingue **2** grands types de constipation.

#### La constipation secondaire :

##### Constipation secondaire à une pathologie identifiée

La constipation peut être due à :

- **Une affection digestive** : ex. : obstruction du côlon par une tumeur, lésions anales douloureuses (hémorroïdes, fissures anales), etc.
- **Une affection extra-digestive** : ex. : hypothyroïdie, maladie de Parkinson, sclérose en plaques.

##### Constipation d'origine médicamenteuse

Les médicaments qui peuvent induire des constipations fréquentes sont, par exemple : les opiacés, les médicaments ayant des effets anticholinergiques, des médicaments cardiovasculaires.

#### La constipation primitive ou fonctionnelle :

Dans ce cas, aucune pathologie n'est à l'origine de la constipation.

Elle peut être due à l'un des mécanismes suivants, voire les deux :

##### Constipation de transit

Elle est due à un **ralentissement de la progression des selles, au niveau du côlon.**

Le déficit en fibres alimentaires joue un rôle important dans le ralentissement du transit, car la diminution du volume fécal diminue l'efficacité du péristaltisme.

Une ration hydrique insuffisante et le manque d'activité physique peuvent aggraver ces mécanismes. Les facteurs psychologiques peuvent également influencer sur le transit.

### Constipation d'évacuation ou terminale, encore appelée dyschésie

Elle est liée à des **troubles de l'évacuation rectale**. Les selles sont présentes en permanence dans le rectum et leur évacuation est vécue comme difficile et incomplète.

Ceci peut s'expliquer par exemple par des troubles de la sensibilité rectale, ou encore par un dysfonctionnement de l'anus qui se contracte lors des efforts de poussées au lieu de se relâcher.

La constipation fonctionnelle est **souvent transitoire et est surtout liée à des modifications du mode de vie** (ex. : modifications diététiques, modifications de rythme de vie, sevrage tabagique, grossesse, voyage, etc.).

#### A retenir

| Dans 9 cas sur 10, la constipation est d'origine primitive.

### 3.3 Symptomatologie et diagnostic

Symptômes évocateurs **d'une constipation de transit** :

- Selles dures, fractionnées et déshydratées par un temps de contact trop long avec le côlon qui réabsorbe l'eau.
- Selles peu fréquentes, classiquement <3/semaine.
- Symptômes à type d'inconfort / ballonnement souvent associés et soulagés par les exonérations.
- Lorsque le bouchon de selle est évacué, les exonérations se font ensuite normalement.

Symptômes évocateurs d'une **constipation d'évacuation ou terminale** :

- Difficultés à la défécation avec efforts de poussée importants.
- Recours éventuel à des manœuvres digitales évacuatrices, qui traduisent bien la présence de selles dans le rectum avec incapacité à les évacuer.
- Impression de vidange incomplète.
- Besoin exonérateur souvent ressenti et quotidien.
- Troubles persistants malgré l'obtention de selles de consistance normale.

La constipation (de transit ou terminale) peut exposer à des **complications fréquentes** :

- Fissure anale
- Maladie hémorroïdaire
- Prolapsus rectal

Les **complications les plus rares, mais graves**, sont le **fécalome et l'occlusion**. On les voit plus souvent chez les personnes âgées, les personnes alitées, les personnes prenant des médicaments connus pour favoriser la constipation.

Un **fécalome** est un bouchon dur et volumineux de matières fécales qui se forme au niveau du rectum, et dont la taille ne permet pas l'évacuation sans intervention extérieure (lavement, évacuation au doigt, voire traitement chirurgical).

**Il faut savoir l'évoquer systématiquement devant toute constipation sévère, de longue durée, n'évoluant pas bien sous traitement symptomatique**, surtout sur des terrains à risque dont la personne âgée polymédiquée (mais pas seulement !).

Une constipation sévère et un fécalome peuvent être associés à de fausses diarrhées, c'est-à-dire des selles liquides et parfois claires sans matières fécales, avec présence de selles dures formant des petites billes.

#### Notez

Lors de l'interrogatoire, il est important de bien rechercher la fausse diarrhée, pour éviter de conseiller des ralentisseurs du transit qui aggraveraient la situation et favoriseraient la constitution d'un fécalome et une occlusion, c'est à dire l'arrêt des matières et des gaz associé à un gonflement abdominal et des vomissements.

**Diagnostic :**

Le médecin se base sur l'interrogatoire du patient et l'examen clinique (examen abdominal, toucher rectal) pour :

- Identifier la nature de la constipation (secondaire ou primitive)
- Éliminer tout risque de complication
- Rechercher les signes d'alarme devant faire réaliser rapidement des examens complémentaires

**Signes d'alarme :**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Altération de l'état général ou amaigrissement</li> <li>- Antécédents familiaux de cancers colorectaux</li> <li>- Sang, évacuations glaireuses dans les selles</li> <li>- Âge supérieur à 50 ans</li> </ul> | } | Risque de cancer colo-rectal   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Constipation sévère ne répondant pas au traitement</li> <li>- Aggravation d'une constipation sans cause évidente</li> </ul>   | } | Risque de cancer colo-rectal<br>Risque d'une affection extra-digestive |

Des examens complémentaires seront alors nécessaires pour poser un diagnostic (coloscopie, bilan biologique, colo-scanner, etc.).

**3.4 Stratégie thérapeutique**

Beaucoup de laxatifs sont **disponibles sans ordonnance**.

Seules les **constipations récentes** (moins de 15 jours) **sans signes d'alarme** relèvent d'une prise en charge au comptoir.

La constipation est en général un **trouble sans gravité, souvent transitoire**.

Dans un 1er temps, il est important de rassurer les patients. Il sera également essentiel d'accompagner votre conseil par des mesures hygiéno-diététiques.

Ces mesures sont valables aussi bien pour la constipation de transit que la constipation terminale, car elles permettront d'améliorer la consistance des selles, ce qui facilitera à terme le transit et l'évacuation des selles.

**Réassurance**

Le rythme et l'aspect des selles sont très **différents d'une personne à l'autre** en fonction de son **alimentation** et de son **mode de vie**.

L'objectif est **avant tout l'amélioration des symptômes**, la **disparition d'éventuelles douleurs abdominales**, et l'obtention si possible d'environ 3 selles par semaine de consistance normale. Le but n'est en aucun cas d'obtenir une selle normale par jour.

**Mesures hygiéno-diététiques**

Les mesures diététiques sont essentielles. Plus qu'un régime, c'est un ajustement des habitudes alimentaires qu'il faut proposer.

La première mesure à prendre est de consommer plus d'aliments contenant des **fibres alimentaires**, car il est clairement établi que l'ajout de fibres en quantité suffisante améliore le transit.

Toutes les fibres végétales peuvent augmenter les ballonnements. Pour limiter ce risque, il faut augmenter progressivement la quantité de fibres. En cas de douleurs abdominales, les fibres hydrosolubles (pommes, poires crues, fraises, etc.) semblent préférables aux fibres insolubles (son de blé, pain complet, etc.) qui stimuleraient les contractions intestinales.

Il est conseillé de repérer les aliments qui gênent le plus et d'en essayer d'autres à la place.

**Autres conseils hygiéno-diététiques que vous pouvez donner à vos patients :**

- Pratiquer une activité physique régulière
- Augmenter la ration hydrique en privilégiant les eaux riches en magnésium
- Se présenter à la selle au calme, à un moment où la personne se sent bien, par exemple après les repas, pour utiliser au mieux le réflexe gastro-colique. Choisir un moment calme, permettant une intimité notamment sonore.
- Pour les personnes qui se retiennent très souvent d'aller aux toilettes dans la journée, leur conseiller de se présenter à la selle à heure fixe et sans attendre le besoin.

L'organisme va s'habituer ainsi à un horaire régulier et rétablir le réflexe d'exonération.

- Conseiller aux personnes ayant une constipation terminale de poser leur pied sur un petit marche-pied lorsqu'elles sont aux toilettes pour faciliter l'évacuation rectale.

Les mesures hygiéno-diététiques sont habituellement suffisantes dans les constipations occasionnelles.

Lorsque les personnes n'arrivent pas à appliquer suffisamment les conseils hygiéno-diététiques ou que l'effet de ces mesures est insuffisant, un traitement médicamenteux peut être associé.

### Traitement médicamenteux

Il existe 5 types de laxatifs

#### > Les laxatifs de lest

Les laxatifs de lest sont faits de **mucilages** ou de **fibres**.

Ex. : ispaghul (Mucivital®, Spagulax®, Transilane®), psyllium (Psylia®), sterculia gomme (Poly-Karaya®)

Ils s'imbibent d'une grande quantité d'eau. Ils améliorent le transit intestinal par une **action mécanique** en augmentant le volume des selles.

Leur délai d'action est estimé **entre 1 et 3 jours**.

Les principaux effets indésirables sont des troubles digestifs (ballonnements, douleurs abdominales, flatulences). Il y a un risque rare d'obstruction de l'œsophage quand ils sont pris avec trop peu d'eau, surtout chez la personne âgée.

Les laxatifs de lest doivent donc être pris avec un grand volume d'eau.

#### > Les laxatifs osmotiques

On distingue :

- les **laxatifs sucrés** (lactulose, sorbitol et lactitol). Ex. : Duphalac®, Importal®
- Les **macrogol ou PEG** (polyéthylène glycol). Ex. : Forlax®, Movicol®

Ils provoquent un appel d'eau dans l'intestin pour hydrater les selles.

Ils agissent **entre 1 et 2 jours** après la prise

Les principaux effets indésirables sont des troubles digestifs (ballonnements, douleurs abdominales, flatulences), surtout pour les laxatifs sucrés.

#### > Les laxatifs lubrifiants

La seule substance utilisée est la paraffine sous forme liquide ou semi-solide.

- Spécialités à base de paraffine seule : Laxamalt®, Huile de paraffine Cooper®, Lansoÿl®
- Spécialités à base de paraffine associée : Parapsyllium® (paraffine + ispaghul), Melaxose®, Transulose® (paraffine + lactulose)

La **paraffine lubrifie les selles et les ramollit**, ce qui facilite leur exonération.

Les laxatifs lubrifiants sont particulièrement utiles en cas de douleurs anales : ils rendent **l'exonération moins douloureuse**.

Ils agissent au bout de **6 à 8 heures**.

En cas d'**usage prolongé**, les effets indésirables de la paraffine sont :

- Des suintements anaux, une irritation anale
- Une diminution de l'absorption des vitamines liposolubles (A,D,E,K).

En cas de fausse route, la **paraffine liquide** peut aller dans les bronches et être la cause de **pneumopathies huileuses** dont les conséquences peuvent être graves (ex. : insuffisance respiratoire, etc.).

Conseillez au patient de prendre les laxatifs lubrifiants de préférence le matin, et de ne pas s'allonger après, afin de diminuer le risque d'inhalation bronchique.

Les laxatifs lubrifiants sont à éviter chez toutes les personnes susceptibles de faire des fausses routes : les patients alités, les patients ayant un reflux gastro-œsophagien, les patients qui ont des troubles de la déglutition comme les patients parkinsoniens par exemple.

### > Les laxatifs stimulants

Bisacodyl (Contalax®, Dulcolax®)  
Sennosides calciques (Pursennide®)  
Docusate sodique (Jamyline®)  
Bourdaine + cascara (Dragées Fuca®)  
Séné (Grains de Vals®)

Les laxatifs stimulants agissent directement sur la muqueuse intestinale en **augmentant la sécrétion d'eau et d'électrolytes**, et en **augmentant la motricité intestinale**.

La majeure partie du contenu colique est évacuée rapidement, ce qui entraîne une **absence de selles le ou les jours suivants**.

Ils agissent **entre 5 et 10 heures** après la prise.

Effets indésirables :

- Ils peuvent provoquer des **troubles digestifs** (douleurs abdominales, irritations de l'intestin, etc.).
- De par leur mécanisme d'action, les laxatifs stimulants utilisés au long cours exposent à un risque d'**hypokaliémie**.  
Or, l'hypokaliémie expose elle-même à un risque de torsades de pointe.
- Ils peuvent être responsables de **dépendance** et d'**accoutumance** entraînant au fur et à mesure une augmentation des doses.
- Une prise prolongée peut également entraîner la « maladie des laxatifs ».

Le recours à ces laxatifs doit être **occasionnel, de courte durée et après échec** des autres types de laxatifs. Un suivi médical est nécessaire en cas d'utilisation prolongée. Il faut notamment surveiller les traitements associés à risque d'hypokaliémie (diurétiques, etc.) ou de troubles du rythme cardiaque.

Il est conseillé de les prendre le soir pour que les patients puissent aller à la selle le lendemain matin.

### Attention aux laxatifs « naturels »

Certains laxatifs à base de plantes sont riches en laxatifs stimulants (aloès, bourdaine, cascara, séné).

Présents sous forme de tisane, ils sont souvent considérés à tort comme inoffensifs.

Ex. : Tisane Mediflor® N°7 contre la constipation passagère, Tisane provençale® N°1  
=> Recommandez l'usage de laxatifs plus doux comme les graines de lin ou le psyllium.

### > Les laxatifs par voie rectale

Ils se présentent sous forme de **suppositoires** ou de **lavements**.

Eductyl® : tartrate acide de potassium, bicarbonate de sodium  
Normacol® : dihydrogénophosphate et hydrogénophosphate de sodium  
Dulcolax® : bisacodyl  
Microlax® : sorbitol, citrate et laurilsulfoacétate de sodium  
Rectopanbiline® : extrait de bile de bœuf  
Cristal® : glycérol  
Suppositoires à la glycérine® : glycérol

Ils déclenchent le réflexe d'exonération selon différents mécanismes en fonction du principe actif : augmentation de la pression intrarectale par dégagement gazeux, effet irritant local.

Ils sont adaptés **en cas de difficultés d'exonération**.

Leur délai d'action varie de **quelques minutes à 60 minutes**.

Ils ne doivent pas être utilisés en cas de lésions anales (poussées hémorroïdaires, fissures anales).

Déconseillez vivement leur usage prolongé (perturbation du réflexe d'exonération et risque de dépendance), en dehors d'un avis médical.

D'une manière générale, retenir que :

- Tous les laxatifs exposent à des risques de diarrhées.
- En cas de maladie inflammatoire, type maladie de Crohn ou rectocolite hémorragique, la prescription de laxatifs non irritants ne s'envisage que dans les phases quiescentes de la maladie et relève d'une prescription médicale.
- En cas d'obstacle au transit, type occlusion intestinale par exemple, les laxatifs par voie orale risquent d'aggraver la pathologie. Il est nécessaire au préalable d'identifier l'obstacle et de le traiter.

### Cas de la femme enceinte ou qui allaite

**1ère intention** : Conseiller les mesures hygiéno-diététiques souvent ignorées.

**2ème intention** : Les **laxatifs de lest** et les **laxatifs osmotiques** sont à privilégier, quel que soit le terme. Mieux vaut éviter les laxatifs contenant des associations de plusieurs principes actifs.

L'homéopathie est également une alternative à prendre en compte : **Alumina 9 CH** : 5 granules **matin et soir** et **Platina 5 CH** : 5 granules **le soir** jusqu'à disparition des symptômes.

### Cas de la personne âgée

Alitement, baisse de l'activité physique, apport hydrique insuffisant sont souvent la cause d'une constipation chez le sujet âgé. Il est donc primordial de **rappeler les mesures hygiéno-diététiques dans un premier temps**.

Quel traitement proposer ?

- Éviter les laxatifs irritants (y compris les laxatifs naturels !)
- Préférer les laxatifs de lest ou osmotiques
- Les huiles de paraffine peuvent être utilisées à condition de ne pas les ingérer avant la sieste ou le coucher, et de vérifier qu'il n'existe aucune pathologie favorisant les fausses routes.

## Chapitre 4 - Les troubles fonctionnels intestinaux

### 4.1 Définition et épidémiologie

Les **troubles fonctionnels intestinaux** (TFI), encore appelés colopathie fonctionnelle ou syndrome de l'intestin irritable, sont une **affection fréquente, bénigne** mais **chronique**.

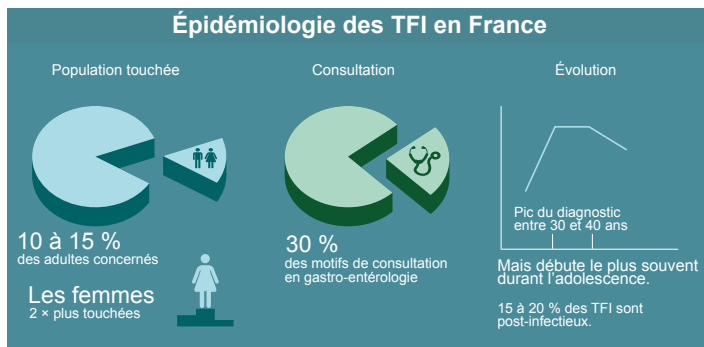
Les TFI correspondent à des troubles de la motricité et de la sensibilité affectant tout le tube digestif, mais sans **aucune lésion organique**.

Même si cette pathologie est **bénigne**, elle peut parfois être vécue très difficilement par les patients et est à l'origine d'une altération significative de leur qualité de vie.

Le **caractère chronique et récidivant** justifie la nécessité d'une prise en charge globale.

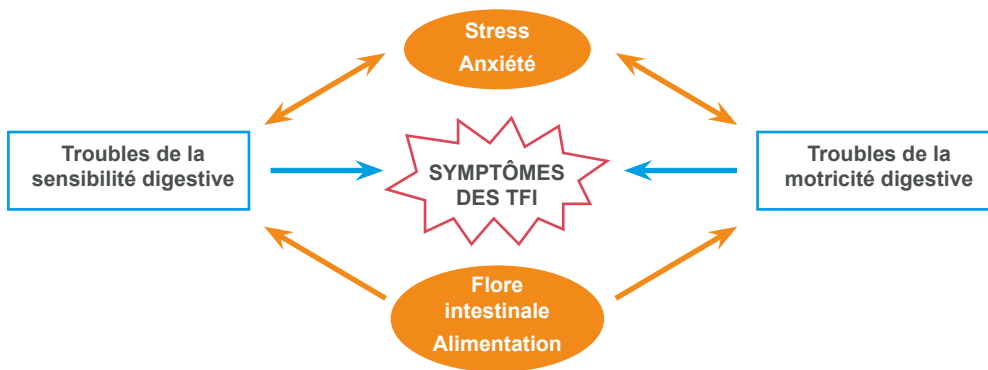
#### A retenir

Les TFI n'augmentent pas le risque de maladies digestives telles que cancers, ulcères, etc.



### 4.2 Physiopathologie

Les TFI impliquent des perturbations de la **sensibilité digestive** et de la **motricité digestive**.



Ces troubles semblent être favorisés par l'alimentation, une flore intestinale perturbée, et des facteurs psychologiques comme le stress ou l'anxiété.

#### Flora intestinale / Alimentation

Les modifications de la flore intestinale induiraient une augmentation de la fermentation et de la production de gaz, une activation des récepteurs à la douleur, une majoration des troubles moteurs, etc.

L'ingestion d'aliments fermentescibles induirait une augmentation de la production de gaz. La nature des aliments à l'origine des symptômes des TFI est très variable d'un patient à l'autre.

#### Stress / Anxiété

Les troubles psychologiques jouent un rôle dans le vécu et l'entretien des symptômes des TFI.

Un état anxieux, dépressif, le stress, un évènement de vie douloureux (divorce, deuil, etc.) sont des facteurs significativement associés à une plus grande sévérité des symptômes et à

une moins bonne réponse au traitement.

Environ 50 % des patients attribuent la survenue de symptômes de TFI à un stress ou à une situation de conflit psychique.

### 4.3 Symptomatologie et diagnostic

Trois symptômes sont généralement retrouvés :

#### Douleurs abdominales

Elles sont le **principal motif de consultation**. La douleur peut être diffuse sur tout l'intestin.

Cette douleur chronique se décrit classiquement par des **spasmes**, elle est souvent **matinale ou postprandiale** et **disparaît souvent la nuit**. Ces crises durent habituellement **quelques heures à quelques jours**.

La douleur est en général **soulagée par l'émission de gaz et/ou de selles** et se calme lors de périodes de repos, notamment pendant les vacances.

#### Ballonnements

Second grand motif de consultation, les ballonnements sont parfois difficiles à différencier d'une douleur.

Ils peuvent aller d'une **simple gêne** rendant pénible le port de vêtements serrés **jusqu'à une tension permanente**, difficilement supportable.

Comme la douleur, les ballonnements sont **soulagés par l'émission de gaz et/ou de selles**.

#### Troubles du transit

Les troubles du transit sont **associés** aux douleurs abdominales ou aux ballonnements.

On retrouve soit une constipation, soit une diarrhée, soit une alternance diarrhée / constipation. Il peut cependant y avoir des périodes de transit normal.

La **constipation** est le trouble **le plus fréquemment retrouvé**.

La **diarrhée** a lieu **souvent le matin et après les repas**.

Ces symptômes évoluent le plus souvent au long cours, avec des phases de poussée et de rémission.

#### Diagnostic :

L'interrogatoire a une place cruciale dans le diagnostic des TFI.

Le médecin évoque des TFI face à un patient, le plus souvent jeune, qui se plaint **de douleurs abdominales ou d'un inconfort digestif chronique associés à au moins deux des critères suivants** :

- Modification de la fréquence des selles
- Modification de la consistance des selles
- Amélioration des douleurs abdominales et ballonnements par la défécation

**Ce patient est en bonne santé par ailleurs (état général non altéré). Son examen clinique et son bilan biologique sont normaux.**

Les symptômes doivent être apparus **depuis au moins 6 mois**, et avoir rempli les critères ci-dessus pendant au moins 3 jours par mois durant les 3 derniers mois.

La pratique d'examen complémentaires coûteux et/ou invasifs (endoscopie, radiographie, etc.) n'est pas utile en 1ère intention devant un tableau typique, car ces derniers seront normaux dans la très grande majorité des cas.

Ils auront lieu uniquement en présence de signes d'alerte.

#### Signes d'alerte :

- Des symptômes chez le sujet de plus de 50 ans, en l'absence de coloscopie depuis l'installation des symptômes
- Des antécédents familiaux de cancer colorectal, de maladie cœliaque, de MICI (Maladie Inflammatoire Chronique de l'Intestin)
- La modification récente des symptômes
- L'échec du traitement de 1ère intention
- Une altération de l'état général (asthénie, amaigrissement)
- Des rectorragies ou une anémie

#### 4.4 Stratégie thérapeutique

L'objectif principal dans la prise en charge des TFI est **d'améliorer les symptômes** (régulation du transit intestinal, diminution des douleurs abdominales) **et leur retentissement psychologique**.

La stratégie thérapeutique diffère en fonction du symptôme prédominant.

#### Mesures hygiéno-diététiques

**Activité physique** : La pratique régulière d'une activité physique permet une atténuation de la sévérité de la maladie.

Elle permet de diminuer le stress et contribue à réguler la fonction intestinale.

#### Régime ou pas régime ?

Il n'existe pas de régime unique pour soulager les patients souffrant de TFI.

Chaque patient doit trouver ce qui lui convient le mieux.

Certaines **recommandations** sont toutefois émises.

#### Par exemple, pour limiter la douleur et les ballonnements :

- Éviter les chewing-gums, les boissons gazeuses, les produits « light » (sucres non absorbables à l'origine d'une diarrhée liée à leur pouvoir osmotique et de fermentation) et les excitants (alcool, café, thé).

- Éviter les aliments fermentescibles qui provoquent des gaz.

Des données récentes suggèrent l'efficacité de la réduction de la consommation d'aliments riches en certains sucres dit « **FODMAPs** » (Fermentable Oligosaccharides, Disaccharides, Monosaccharides and Polyols), tels que les fructo-oligosaccharides, le fructose, le fructane ou le lactose. Ces sucres attirent l'eau dans l'intestin par leur pouvoir osmotique et sont fermentescibles, à l'origine de ballonnements.

#### Quid du régime sans gluten ?

Une réduction voire une exclusion peut se discuter, après échec des autres mesures mises en place, chez certains patients dont les symptômes apparaissent très corrélés aux aliments contenant du gluten.

L'exclusion est alors associée à une amélioration très significative, avec une récurrence des symptômes à la réintroduction du gluten.

Une des difficultés diagnostiques est que le blé ou le seigle contiennent également des FODMAPs, et faire la part entre ces deux entités n'est pas toujours simple.

En pratique, on commencera par essayer de bien cibler avec les patients les aliments qu'ils pensent être à l'origine de leurs symptômes.

En l'absence d'amélioration franche des symptômes sur une durée supérieure à 1 mois, la réintroduction des aliments doit être réalisée.

Un régime d'exclusion peut en dernier lieu être proposé à des **patients bien sélectionnés**, après avis spécialisé.

#### Traitement médicamenteux

Le traitement médicamenteux est essentiellement symptomatique.

#### Les antispasmodiques

Ils calment les douleurs abdominales en agissant directement au niveau des fibres musculaires lisses du tube digestif.

Les antispasmodiques musculotropes sont à privilégier, car ils présentent peu d'effets indésirables.

Exemples de spécialités disponibles **sans ordonnance** :

- Phloroglucinol (Spasfon®)
- Alvéline en association avec siméticone (Meteospasmyl®)
- Papavérine (Acticarbine®)
- Trimébutine (Débricalm® 100mg)

#### A retenir

| Spasfon® et Meteospasmyl® sont les deux spécialités les mieux évaluées.

### L'huile essentielle de menthe poivrée

Des études ont montré que l'huile essentielle de menthe poivrée semble être efficace contre les douleurs abdominales et les ballonnements. Ces études n'ont été réalisées qu'avec des gélules gastro-résistantes d'huile essentielle de menthe poivrée.

Nous n'avons pas trouvé de spécialités sous forme de gélules gastro-résistantes disponibles à l'officine. Mais le patient qui souffre de douleurs abdominales, de ballonnements et qui n'est pas soulagé par les antispasmodiques peut quand même essayer une huile essentielle de menthe poivrée sous une autre forme galénique.

**Voie orale** : 2 gouttes 3 fois par jour pendant quelques jours sur un comprimé neutre ou sur un sucre.

**Voie cutanée** : 3 gouttes en application locale, au niveau de la zone douloureuse, 3 fois par jour, **à diluer dans de l'huile végétale** (pour éviter tout risque d'allergie) en cas de surfaces plus étendues ou d'applications répétées.

### Les antifatulents

Ils ont **une action ciblée sur la fixation des gaz**.

La **diméticone** (Gel de Polysilane UPSA®) et la **siméticone** (Polysilane Delalande®, Siligaz®, Meteospasmyl®, Météoxane®) provoquent la fusion des bulles de gaz dans la lumière intestinale.

Le **charbon activé** (Charbon Belloc®, Formocarbène®) est un adsorbant intestinal, il fixe à sa surface les gaz de la lumière intestinale.

Il peut être utilisé en association avec un antifatulent, comme la siméticone (charbon + siméticone : Carbosylane®)

#### Attention

Rappelez aux patients qu'ils doivent respecter un intervalle de deux heures avec la prise d'autres médicaments, car les antifatulents à base de charbon diminuent l'absorption digestive des autres médicaments.

### Quid des probiotiques ?

L'existence possible d'une micro-inflammation intestinale et les modifications (qualitatives et quantitatives) de la flore intestinale chez certains patients atteints de TFI font des probiotiques une option thérapeutique logique et intéressante.

Certains probiotiques peuvent avoir une action bénéfique dans la régulation du transit et la diminution des douleurs.

Exemples de spécialités (disponibles sans ordonnance) : Lactibiane Référence®, Lactibiane Tolérance® (en particulier en cas d'alternance diarrhée-constipation), Eryphilus Confort®.

### Prise en charge psychologique

La prise en charge psychologique ne doit pas être négligée.

Différentes alternatives peuvent également être conseillées, comme l'**hypnose** (efficacité démontrée), les **thérapies cognitivo-comportementales**, etc.

## Chapitre 5 - La maladie hémorroïdaire

### 5.1 Définition

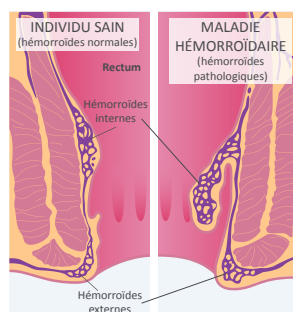
Les **hémorroïdes** sont des structures anatomiques normalement présentes chez l'individu sain. Elles sont composées d'un intense réseau de vaisseaux qui communiquent entre eux.

On distingue :

- **les hémorroïdes internes** : elles sont situées dans le bas du rectum (sous la muqueuse rectale) et sont maintenues en place grâce à un tissu de soutien (notamment des ligaments). Elles participent pour partie à la continence anale, en augmentant la pression de fermeture du canal anal.
- **les hémorroïdes externes** : elles sont situées à l'orifice de l'anus (sous la peau).

La **maladie hémorroïdaire** se définit par la répétition de symptômes anormaux d'origine hémorroïdaire. Elle impliquerait 2 théories probablement associées :

- **une théorie mécanique** : la dégradation du tissu de soutien, avec perte de tension des moyens de fixation des hémorroïdes internes, expliquerait leur extériorisation lors des efforts de poussée.
- **une théorie vasculaire** : l'augmentation de la pression abdominale ralentirait le retour veineux au niveau des hémorroïdes, et serait responsable de leur congestion (dilatation).



La maladie hémorroïdaire est bénigne, et évolue le plus souvent par crise.

Les hémorroïdes externes sont généralement d'évolution aiguë, et les hémorroïdes internes sont plutôt récurrentes.

### Facteurs de risque

- Le vieillissement
- La constipation
- La grossesse (surtout au 3ème trimestre), l'accouchement et le post-partum immédiat
- L'hérédité

D'autres facteurs de risque, moins documentés, peuvent être à l'origine de la maladie hémorroïdaire, comme les plats épicés, l'alcool.

### 5.2 Symptomatologie

#### Les hémorroïdes internes

Les hémorroïdes internes sont **le plus souvent non douloureuses**, mais il peut exister une **gêne à type de prurit ou de brûlures**. Elles peuvent se traduire par des **saignements rouges** de l'anus lors du passage des selles, surtout lorsque la personne est constipée, car les selles dures « érodent » les hémorroïdes internes qui sont gonflées. Ces saignements sont en général peu abondants (papier toilette taché, éclaboussures dans la cuvette des toilettes).

Les hémorroïdes internes peuvent parfois se compliquer d'un **prolapsus**. Il correspond au déplacement tissulaire des hémorroïdes internes qui peut aller jusqu'à l'extériorisation hors du canal anal.

Le patient perçoit alors « une boule anale ». En fonction du degré d'évolution du prolapsus, le patient ressentira cette boule, soit uniquement lors des efforts de poussée à la selle, soit de façon permanente (stade avancé). Le prolapsus peut se traduire également par une gêne anale et des suintements.

## Les hémorroïdes externes

Les hémorroïdes externes ne sont réellement symptomatiques qu'au stade de leur **complication** : la **thrombose hémorroïdaire externe** (formation d'un caillot sanguin au niveau de l'hémorroïde). Elle se traduit par une **douleur vive, d'installation brutale, permanente** et non liée au passage des selles. Une **excroissance** bleutée plus ou moins œdématisée est visible et palpable à la marge anale.

Il n'y a pas de saignements, sauf si la thrombose hémorroïdaire se rompt, avec saignement extériorisé.

La thrombose hémorroïdaire peut devenir une urgence si la douleur est extrême, car le patient doit être soulagé. Dans ce cas, seul un geste local pour enlever le caillot sanguin permettra de soulager le patient rapidement.

Un thrombus hémorroïdaire ne peut jamais migrer dans la circulation générale. La thrombose hémorroïdaire n'est donc pas à risque d'embolie pulmonaire, par exemple.

Avant le stade des complications, le patient peut ressentir une certaine gêne, des démangeaisons, une sensation de brûlure majorée par le passage des selles, mais sans saignement. Ces désagréments sont liés aux hémorroïdes externes qui peuvent être gonflées (œdématisées). Très souvent, la situation s'améliore en quelques jours.

### Signes d'alerte

Il est impératif de diriger vers une consultation médicale en cas de **signes d'alerte associés**, afin d'écartier le risque éventuel de pathologie grave sous-jacente (polypes, cancer de l'anus, cancer colorectal, maladie de Crohn, etc.) :

- Persistance des saignements, des rectorragies
- Perte de poids, fatigue anormale, modification des selles (aspect et fréquence des selles qui diffèrent par rapport à d'habitude), et/ou saignements chez des personnes de plus de 40 ans
- Récidives fréquentes de crise hémorroïdaire (au moins 1 à 2 épisodes par mois)
- Symptômes chez des patients présentant une pathologie inflammatoire intestinale associée (rectocolite hémorragique ou maladie de Crohn)

### 5.3 Stratégie thérapeutique

La maladie hémorroïdaire peut se résorber sans traitement, mais cela peut prendre plusieurs jours, voire plusieurs semaines dans le cas de thrombose hémorroïdaire externe.

L'indication de traitement repose sur l'intensité des symptômes ou l'existence d'une complication (prolapsus, thrombose).

- Quelle que soit la localisation des hémorroïdes, des mesures hygiéno-diététiques sont systématiquement recommandées pour diminuer les symptômes et prévenir des récurrences.
- Lorsque les symptômes sont gênants, des traitements symptomatiques sont disponibles (par voie locale ou orale). Le choix des traitements différera selon la localisation des hémorroïdes.
- En cas de troubles importants ou persistants, un traitement instrumental et parfois chirurgical peut être envisagé.

### Conseils hygiéno-diététiques recommandés

- **Lutter contre la constipation souvent associée.**
- **Limiter les plats épicés, l'alcool et les excitants** (café, thé), potentiels facteurs déclenchant des crises, même si les données dans la littérature sont contradictoires sur l'impact de ces facteurs
- Pratiquer une **activité physique régulière** (marche++)
- Éviter les stations assises prolongées
- Éviter les longs trajets en voiture

### Traitement médicamenteux local

Les différentes spécialités existent sous forme de crèmes ou de suppositoires.

En produits conseil, vous disposez de :

## Spécialités sans anesthésique

Exemples : Titanoréine®, Avenoc® (spécialité homéopathique).

## Spécialités avec anesthésique

Exemples : Titanoréine lidocaïne crème®, Tronothane®, Sedorrhœide crise hémorroïdaire®, Rectoquotane®

### Astuce

Une astuce pour les repérer : la DCI des anesthésiques locaux se termine en **-caïne**.

L'**objectif du traitement local** est d'obtenir un **effet protecteur** de la paroi anale très souvent irritée, et un **effet lubrifiant** pour faciliter le passage des selles.

La présence d'un **anesthésique** permet en plus d'anesthésier la zone malade, et donc de **diminuer la douleur**, à la fois lors de la crise et lors du passage des selles.

Les traitements locaux suffisent parfois à soulager une crise hémorroïdaire.

Le traitement local (crème ou suppositoire) est surtout indiqué dans le cas des **hémorroïdes internes**.

Les crèmes peuvent également être indiquées pour les hémorroïdes externes.

### Conseil à l'officine

#### En cas d'hémorroïdes internes...

- L'efficacité des crèmes ou des suppositoires est identique, le choix dépendra donc du patient.
- Si les symptômes sont importants, il est possible de conseiller les 2 en même temps. Les suppositoires peuvent être enrobés d'un peu de crème, ce qui permettra notamment de faciliter leur introduction.
- Précisez bien que la **crème** doit être appliquée **à l'intérieur du canal anal** et aussi au niveau de la marge anale.
- Vous pouvez proposer l'utilisation de doigtiers jetables pour administrer le produit à l'intérieur du rectum avec le doigt. Il est important de masser l'hémorroïde. Mieux vaut éviter les systèmes de canule qui peuvent être traumatiques pour l'anus.
- Concernant les **suppositoires**, rappelez au patient d'introduire l'extrémité aplatie en premier.
- L'intérêt des suppositoires réside dans le fait qu'ils tapissent mieux les parois : du bas rectum jusqu'à la marge anale.

### Attention

#### Automédication : danger !

Soyez vigilant : l'automédication est forte chez les patients en période de crise hémorroïdaire. Un abus de crème peut modifier la flore cutanée péri-anale et entraîner des maladies de peau péri-anales (eczéma, candidose, etc.).

L'utilisation à long terme de topiques à base d'anesthésiques peut entraîner un risque d'allergie.

## Traitement médicamenteux par voie orale

**En cas de constipation** : Si les mesures hygiéno-diététiques sont insuffisantes, les laxatifs de lest, les laxatifs osmotiques ou les laxatifs lubrifiants peuvent être conseillés.

**En cas de fortes douleurs** : Le recours à un antalgique par voie orale est nécessaire : paracétamol ou AINS tel que l'ibuprofène.

D'autres traitements sont disponibles mais leur efficacité n'a pas été clairement démontrée :

- **les veinotoniques** : ils sont traditionnellement utilisés en cas d'hémorroïdes internes ou externes, et permettraient d'améliorer la tonicité des vaisseaux du réseau hémorroïdaire. Ces médicaments s'utilisent en cure courte sur quelques jours.

*Exemples de spécialités : Cyclo 3 Fort®, Ginkor Fort®, Daflon®, Diosmine®, Esberiven Fort®, etc.*

**Posologie** : certains veinotoniques s'utilisent avec une posologie élevée en début de traitement, qui dépend de chaque spécialité, suivie d'une dose d'entretien.

- **la phytothérapie** : le marronnier d'Inde et l'hamamélis peuvent être conseillés en cas de crise hémorroïdaire.

### Cas particulier de la femme enceinte

La prise en charge des hémorroïdes doit passer avant tout par les **recommandations hygiéno-diététiques** et la **prévention de la constipation**.

En cas de nécessité, un traitement médicamenteux peut être proposé.

Selon les données du CRAT (Centre de Référence sur les Agents Tératogènes), il est préférable de conseiller une des spécialités suivantes :

**Par voie locale** : Titanoréine®, Titanoréine lidocaïne®, Tronothane®, Rectoquotane®

**Par voie générale** : En cas de douleur : paracétamol (Rappel : l'utilisation d'AINS est formellement contre-indiquée à partir du début du 6ème mois de grossesse)

Parmi les veinotoniques : Daflon®, Diovenor®, Médiveine®, Bicirkan®, Cyclo3®, Rhéoflux®, Veinamitol®, Esberiven Fort®, Veiliten®

#### Conseil à l'officine

Si la femme ne souhaite pas prendre de médicament, vous pouvez conseiller l'application d'un lubrifiant à base de vaseline, qui suffit parfois pour diminuer les démangeaisons et l'inconfort.

### Traitement instrumental ou chirurgical

Lorsque les **troubles persistent**, c'est-à-dire que la douleur ou la gêne ne cèdent pas, après plusieurs jours voire plusieurs semaines, malgré le traitement, ou lorsque les **troubles sont importants** (thrombose hémorroïdaire externe importante, prolapsus hémorroïdaire à un stade avancé), un geste local est une option.

Il s'agit soit d'un traitement instrumental, qui ne nécessite pas d'incision de la peau, soit d'un traitement chirurgical.

#### Traitement instrumental

Le traitement instrumental est réservé aux **hémorroïdes internes sans prolapsus durable**.

Ces techniques ne nécessitent pas d'anesthésie. Elles permettent de retendre et renforcer le tissu de soutien de la muqueuse hémorroïdaire interne, en créant une zone cicatricielle au sommet de ces hémorroïdes. Elles ne suppriment pas les hémorroïdes.

- **La ligature élastique**

Un anneau élastique est mis en place juste au-dessus des hémorroïdes, pendant 7 à 10 jours. L'anneau étrangle la muqueuse et provoque alors une nécrose. L'élastique chute de lui-même 5 à 12 jours après. C'est le geste le plus fréquemment pratiqué.

- **La photocoagulation**

Un faisceau d'infrarouges provoque des brûlures au-dessus des hémorroïdes.

#### Traitement chirurgical

En cas de **thrombose hémorroïdaire externe douloureuse**, une chirurgie minime pourra être réalisée pour permettre un **soulagement immédiat de la douleur**.

Elle s'effectue sous anesthésie locale et peut être réalisée dans le cabinet du médecin proctologue.

Il retirera soit le caillot par une simple ouverture cutanée au bistouri, soit le sac hémorroïdaire thrombosé par une ouverture plus grande aux ciseaux.

Aucun geste ne peut être pratiqué si la thrombose hémorroïdaire externe est très œdématisée. Seuls des AINS permettront dans un 1er temps de diminuer l'œdème.

#### Information

En derniers recours (hémorroïdes internes ou externes très compliquées), une intervention chirurgicale plus lourde, effectuée sous anesthésie générale, est possible.

### En pratique, à l'officine, quand prendre en charge un patient ayant des hémorroïdes ?

Dans un 1er temps, il est important de questionner votre patient pour connaître le type d'hémorroïdes (internes et/ou externes), et vous assurer de l'absence de complications ou signes d'alarme.

S'il s'agit d'un patient ayant l'habitude d'avoir des hémorroïdes de temps en temps et qui a déjà consulté pour ces troubles, vous pourrez le prendre en charge à l'officine, à condition que les symptômes ressentis soient les mêmes que d'habitude.

Si c'est un patient qui a des hémorroïdes pour la 1ère fois, mieux vaut lui conseiller d'aller voir un médecin pour confirmer le diagnostic, surtout s'il a plus de 40 ans. En attendant la consultation, vous pourrez lui conseiller un traitement approprié.

## Annexes

### Glossaire

---

**Dysplasie** : Altération d'un tissu qui correspond au premier degré de développement d'un cancer.

**Osmolarité** : Concentration des particules osmotiquement actives (=susceptibles de retenir ou d'attirer l'eau), quelles que soient les substances ou mélanges de substances. L'osmolarité s'exprime en osm/L.

**Péristaltisme** : Contractions du côlon qui assurent la progression de son contenu.

**Prévalence** : Fréquence d'une maladie dans une population à un moment donné.

**Réflexe d'exonération** : Il correspond au besoin d'aller à la selle. Il résulte d'une augmentation de pression dans l'ampoule rectale, due à la présence de matières fécales.

**Réflexe gastro-colique** : Le fait de manger (de remplir l'estomac) donne envie d'aller à la selle.

**Syndrome dysentérique** : Diarrhée avec selles glairo-sanglantes voire purulentes, généralement accompagnée de fièvre.

**Traitement instrumental** : Méthodes appliquant un procédé chimique (ex. sclérothérapie, photocoagulation) ou physique (ex. ligature élastique) qui permettent un traitement symptomatique de la maladie hémorroïdaire interne.

**Villosité** : Repli de petite taille de la muqueuse de l'intestin grêle qui augmente la surface intestinale et donc facilite l'absorption des nutriments.

### Références bibliographiques

---

Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) **Constipation occasionnelle de l'adulte, Bien vous soigner avec des médicaments disponibles sans ordonnance.** Juin 2009.

Annaházi A, Róka R, Rosztóczy A, *et al.* **Role of antispasmodics in the treatment of irritable bowel syndrome.** World J Gastroenterol, 2014, 20 (20), p.6031-43.

Belon JP. **Conseils à l'officine : Aide au suivi pharmaceutique et à l'éducation thérapeutique du patient.** 7ème éd, 2009.

**Recommandations sanitaires pour les voyageurs, 2019** (A l'attention des professionnels de santé). Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (BEH) Hors-série, 21 mai 2019.

**Constipation chez les adultes, en bref.** La Revue Prescrire, Idées-Forces Prescrire, Sept 2014.

**Constipations d'origine médicamenteuse chez les adultes.** La Revue Prescrire, juin 2012, 32 (344), p.430-4.

**Diarrhées aiguës chez les adultes, en bref.** La Revue Prescrire, Idées-Forces Prescrire, Janv 2015.

**Diarrhées aiguës chez les adultes : traitement.** La Revue Prescrire, Idées-Forces Prescrire, Janv 2015.

Ford C, Talley N, Spiegel B, *et al.* **Effect of fibre, antispasmodics, and peppermint oil in the treatment of irritable bowel syndrome : systematic review and meta-analysis.** BMJ, 2008, 13 (337).

**Hémorroïdes, en bref.** La Revue Prescrire, Idées-Forces Prescrire, Nov 2014.

**Hémorroïdes : traitement.** La Revue Prescrire, Idées-Forces Prescrire, Nov 2014.

La Revue Prescrire. **Petit manuel des troubles d'origine médicamenteuse.** 2014.

**Les troubles fonctionnels intestinaux.** La Revue Prescrire, Infos-Patients Prescrire, Fév 2015.

**Médicaments à base d'argile dans le traitement symptomatique de la diarrhée aiguë chez l'enfant.** ANSM, Point d'information 28/02/2019

**Soulager une crise d'hémorroïdes pendant la grossesse ou l'allaitement.** La Revue Prescrire, Infos-Patients Prescrire, Janv 2015.

**Troubles fonctionnels intestinaux récurrents. Une évolution bénigne, des traitements symptomatiques.** La Revue Prescrire, mai 2008, 28 (295), p.359-64.

Université Médicale Virtuelle Francophone. **Item 229 – Colopathie fonctionnelle.** 2008-2009.

**Vidal Recos.** 4ème éd, 2012.

World Gastroenterology Organisation (WGO). **Syndrome de l'intestin irritable : une approche globale.** Juin 2009.

**Sites web :**

Association des patients souffrant du syndrome de l'intestin irritable (APSSII).

Adresse URL : <http://www.apssii.org> (Consulté le 15/07/2019).

Pôle médico-chirurgical Mâcon.

Adresse URL : <https://www.caducee.net/annuaire/f/3676/pole-medico-chirurgical-macon.html>(Consulté le 15/07/2019).

Société Nationale Française de Colo-Proctologie (SNFCP). Adresse URL : <http://www.snfcp.org/maladies-et-malades/informations-grand-public/hemorroides-grand-public/index.phtml> (Consulté le 15/07/2019).

Société Nationale Française de Gastro-Entérologie (SNFGE). Adresse URL : <http://www.snfge.org/gastroscoop/syndrome-de-lintestin-irritable-lexclusion-du-gluten-napporte-rien-apres-un-regime> (Consulté le 15/07/2019).

Centre de Référence sur les Agents Tératogènes (CRAT). Adresse URL : <http://www.lecrat.org/> (Consulté le 15/07/2019).