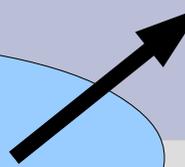
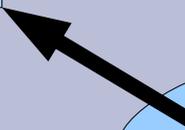
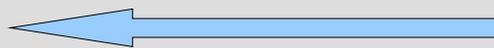
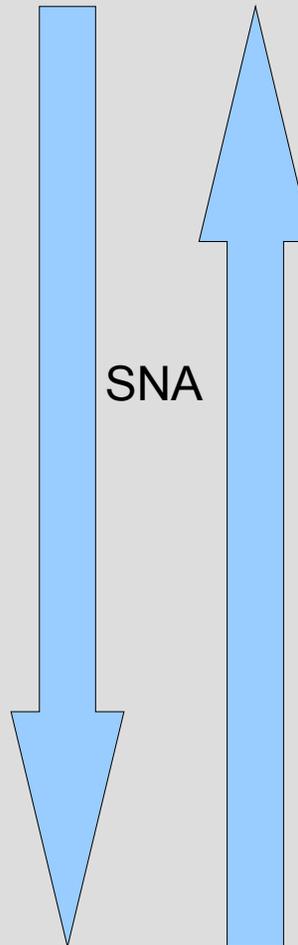
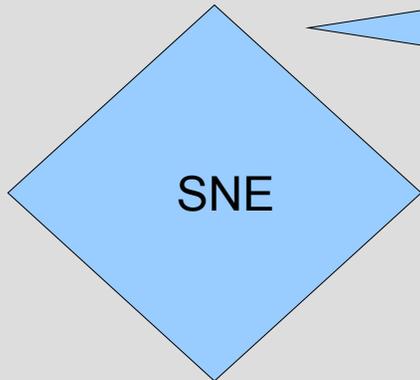
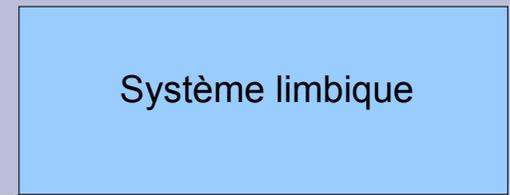


# **LES TROUBLES FONCTIONNELS DIGESTIFS**

**Brice BAZIN**

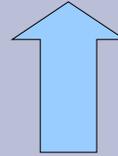
# Le « brain-gut axis »

Petit rappel de physiologie et du contexte physiopathologique  
l'intestin « le deuxième cerveau »  
le microbiote intestinal = le deuxième génome humain

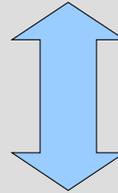


Information somesthésique

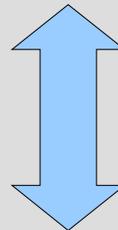
Hyper perception des signaux corporels internes



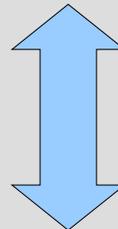
Hyperexcitabilité des neurones corticaux



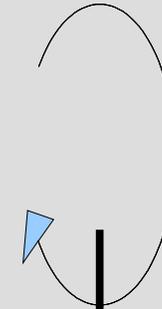
Sensibilisation supra spinale  
des neurones corticaux



Sensibilisation centrale spinale  
(hyperexcitabilité neuronale médullaire)



Excès de nociception périphérique



Autonomisation centrale due  
à une réponse neuroplastique

Insuffisance des systèmes  
descendants inhibiteurs de la  
nociception

Renforcement des systèmes  
descendants facilitateurs de la  
nociception



L'information somesthésique est recueillie par des récepteurs qui nous renseignent sur l'environnement extérieur (extéroceptive), le milieu intérieur (intéroceptive) et la position du corps dans l'espace (proprioceptive). Elle est ensuite traitée successivement au niveau de la moelle épinière, du thalamus et du cortex. Il existe des mécanorécepteurs, des thermorécepteurs, des chémorécepteurs et des nocicepteurs. La sensation de douleur consiste en une exagération du processus somesthésique.

Le « traitement » supraspinal du message somesthésique peut être défectueux

Mais la transmission des informations du système nerveux entérique jusqu'au cerveau est un processus complexe où chaque niveau d'intégration est aussi susceptible de modifier le message initial. De plus, à chacun de ces niveaux, il existe des connections entre voies efférentes et afférentes qui sont à l'origine de phénomènes réflexes involontaires susceptibles de déclencher une hypersensibilité.

Mais n'oublions pas que le ressenti algique, c'est-à-dire la souffrance, est la conséquence d'une interprétation par l'individu de sa douleur; il se trame dans l'affectivité, qui en module l'intensité et la tonalité.

Les sensations pures n'existent pas, elles sont perçues et donc filtrées et interprétées à travers une affectivité particulière.

Souffrir est toujours subir, endurer, être de quelque façon en position d'**impuissance** alors que la douleur peut être exempte de souffrance si l'individu en prend l'initiative.

La physiopathologie exacte des TFD est inconnue mais ces troubles semblent résulter d'un dysfonctionnement dans le transfert d'informations entre le tractus digestif et le SNC

Les partisans d'une cause plutôt somatique et périphérique de type :  
troubles moteurs, hypersensibilité viscérale, inflammation muqueuse à bas bruit et plus récemment une dysbiose intestinale

Les partisans d'une étiologie neurologique centrale spinale et surtout supra-spinale notamment corticale

Troubles de la sensibilité intéroceptive responsable d'une hyper-perception des signaux corporels internes

Les TFD correspondraient à une erreur d'interprétation par le SNC d'un processus somesthésique autrement dit des ***troubles de la viscéroperception***

Ceci expliquerait que plus de 50% des malades présentent des comorbidités fonctionnelles extradiigestives (fibromyalgie, dyspareunie, vessie irritable, syndrome de fatigue chronique, ...)

Ceci expliquerait aussi la recrudescence post-prandiale des troubles. Période de stimulation intense du SNE nécessaire à la digestion.

La question de l'alimentation est très présente et récurrente chez les patients occupant la première place parmi leurs préoccupations.

La ***VISCERO-PERCEPTION*** peut se décomposer schématiquement de la façon suivante dans le « filtre » cérébral:

INTERPRETATION



UTILISATION



PERCEPTION



INTEGRATION



ANXIETE  
DEPRESSION



Activations des récepteurs viscéraux par des  
Stimuli physiologiques ou pathologiques



Réaction adaptée pour assurer  
l'homéostasie

Dans un deuxième temps le processus cérébral va s'autonomiser  
ne nécessitant plus de stimuli périphériques

Cette autonomisation de l'hyper-sensibilité en réponse aux stimuli corporels serait la conséquence d'interaction entre de multiples facteurs cognitivo-affectifs (comme l'anticipation, l'hypervigilance, l'anxiété spécifique reliée aux symptômes, un événement de vie douloureux, la dépression) et les mécanismes centraux de modulation de la douleur.

Fréquence accrue des ATCD de traumatismes émotionnels dans les TFD

Dans un troisième temps peut apparaître une réponse périphérique comportementale inadaptée expliquant certaines anomalies anatomiques constatées (ex : USR)

# NOUS SOMMES TOUS DES FONCTIONNELS

- 1 français / 2 décrit des symptômes de TFD
- 1 français / 4 se dit gêné par leur fréquence ou leur intensité
- Premier motif de consultation pour troubles digestifs en médecine générale
- 30 à 50% des consultations en gastro-entérologie

**Qu'est-ce qui distingue les français qui consultent et ceux qui ne consultent pas ?  
Cerner chaque patient !**

INTERPRETATION



UTILISATION



**PERCEPTION**



INTEGRATION



ANXIETE  
DEPRESSION



Activations des récepteurs viscéraux par des  
Stimuli physiologiques ou pathologiques



Réaction adaptée pour assurer  
l'homéostasie

## Des troubles de la viscero-perception ?

C'est peut être la seule caractéristique que l'on retrouve chez la plus part des malades : ***une perception exacerbée*** des messages périphériques qui nous informent en permanence sur l'homéostasie interne

Une (pseudo)-allodynie viscérale (réponse douloureuse à une stimulation normalement non algique) : de simples stimulations physiologiques peuvent être perçues comme douloureuses.

Un des SF classique du syndrome dépressif est un vécu exacerbé des phénomènes douloureux habituels

*INTERPRETATION*

UTILISATION

FILTRE CEREBRAL

PERCEPTION

autonomisation

INTEGRATION

ANXIETE  
DEPRESSION

Activations des récepteurs viscéraux par des  
Stimuli physiologiques ou pathologiques

Réaction adaptée pour assurer  
l'homéostasie

## Des troubles de l'interprétation des symptômes ?

- Appréhension du cancer
- Dramatisation (ex: rectorragies)
- Le caractère non spécifique des symptômes digestifs entraîne des analogies et comparaisons avec d'autres maladies organiques
- Compliquent la prise en charge des comorbidités organiques (MICI)

# L'ANXIETE OMNIPRESENTE bouleverse l'interprétation des symptômes

## 3 « types » schématiques d'anxiété

- La peur d'une maladie grave
- Les manifestations somatiques, liées à l'activation du SNA, du trouble anxieux paroxystique
- Le trouble anxieux chronique

## Le phobique

Une peur « malade » d'une maladie grave  
(cancérophobie)

les stratégies de réassurances consistent souvent à  
multiplier les examens complémentaires

Le seul traitement efficace consiste à persuader le patient  
du caractère anodin et bénin de ses troubles

les rechutes sont bien évidemment fréquentes

# L'anxieux

Manifestations digestives et extra digestives des troubles anxieux en rapport avec l'activation du SNA

traitement du trouble anxieux

Efficacité des bzd lors des admissions aux urgences pour les manifestations somatiques des attaques de panique

Efficacité des IRS au long cours

## L'hypocondriaque

A la différence du phobique qui à peur de « tomber » malade, l'hypocondriaque a la certitude de l'être ; Il est d'ailleurs convaincu que les médecins se trompent

Les tentatives de réassurance sont inefficaces et souvent les patients multiplient les intervenants et les examens complémentaires

tendance pathologique à l'introspection

## L'hypocondriaque

Une symptomatologie souvent très atypique et incohérente avec la médecine classique et factuelle

la manipulation du médecin lors de l'interrogatoire

Patient très revendicateur réfutant catégoriquement la possibilité d'une composante psychologique à ses troubles

INTERPRETATION



*UTILISATION*



PERCEPTION



INTEGRATION

ANXIETE  
DEPRESSION



Activations des récepteurs viscéraux par des Stimuli physiologiques ou pathologiques



Réaction adaptée pour assurer l'homéostasie



## Une « utilisation » différente des symptômes ?

- Bénéfices secondaires
- Appel aux secours dans les grandes détresses psychologiques
- Un mode de vie et une identité entièrement structurés autour de la plainte
- Dans tous les cas besoin intense de reconnaissance de leur statut de souffrant

## L'hystérique

Mode général de réponses émotionnelles excessive et de quête d'attention, il s'agit des personnalités qui recherchent le plus les bénéfices secondaires et qui craignent que l'on ne les prenne pas au sérieux (donc ils en rajoutent)

pression sur l'entourage proche, arrêt de travail

complications secondaires possibles (USR, Mallory Weiss, éructations)

## Le perfectionniste obsessionnel

Très attaché à sa santé, le perfectionniste ne supporte aucune imperfection corporelle (ou non) même si celle-ci découle du vieillissement naturel.

Le perfectionniste a donc tendance à exagérer ses symptômes, disproportionnés au regard des constatations anatomiques, dans l'espoir de pouvoir bénéficier des traitements les plus radicaux et agressifs (chirurgie)

## Le perfectionniste obsessionnel

Troubles du comportement de type obsessionnel :  
comportement défécatoire et USR, vomissements et  
Mallory-Weiss, hémmage

## Le neurasthénique

Le patient est en grande souffrance psychologique et souhaite partager cette souffrance et cette altération de la QdV avec l'entourage en espérant un soulagement.

Cependant pour partager cette souffrance le patient doit au préalable la verbaliser, la désigner et la nommer.

Mais si des contraintes intellectuelles, sociales ou culturelles empêchent ce processus, seule la somatisation pourra le remplacer.

## Le neurasthénique

La tentation est donc grande pour les soignants comme pour les patients de désigner une comorbidité existante comme responsable des TFD

L'autre possibilité consiste à créer de nouvelles terminologies comme la fibromyalgie ou le sd d'Ehler-Danlos

Pourquoi nommer et désigner ? Le diagnostic médical sécurise et surtout permet le partage d'informations et de s'identifier clairement à un groupe contrairement au « no mens lande » des troubles fonctionnels

Les comorbidités fonctionnelles sont fréquentes

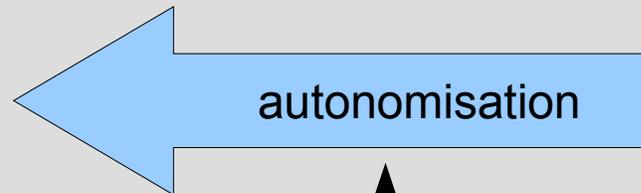
INTERPRETATION



UTILISATION



PERCEPTION



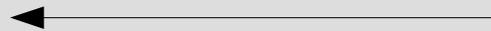
***INTEGRATION***



ANXIETE  
DEPRESSION



Activations des récepteurs viscéraux par des  
Stimuli physiologiques ou pathologiques



Réaction adaptée pour assurer  
l'homéostasie



## Une intégration défectueuse ?

Souvent c'est la prise en charge médicale qui va gêner l'intégration et l'acceptation des troubles

- Utilisation d'un « faux » diagnostic grâce aux facteurs confondants notamment
- Abuser de la crédulité des patients
- La minimisation, voire la non-prise en compte de la souffrance et du handicap par le milieu médical et la société

INTERPRETATION

UTILISATION

FILTRE CEREBRAL

PERCEPTION

autonomisation

INTEGRATION

ANXIETE  
DEPRESSION

Activations des récepteurs viscéraux par des  
Stimuli physiologiques ou pathologiques

*Réaction adaptée pour assurer  
l'homéostasie*

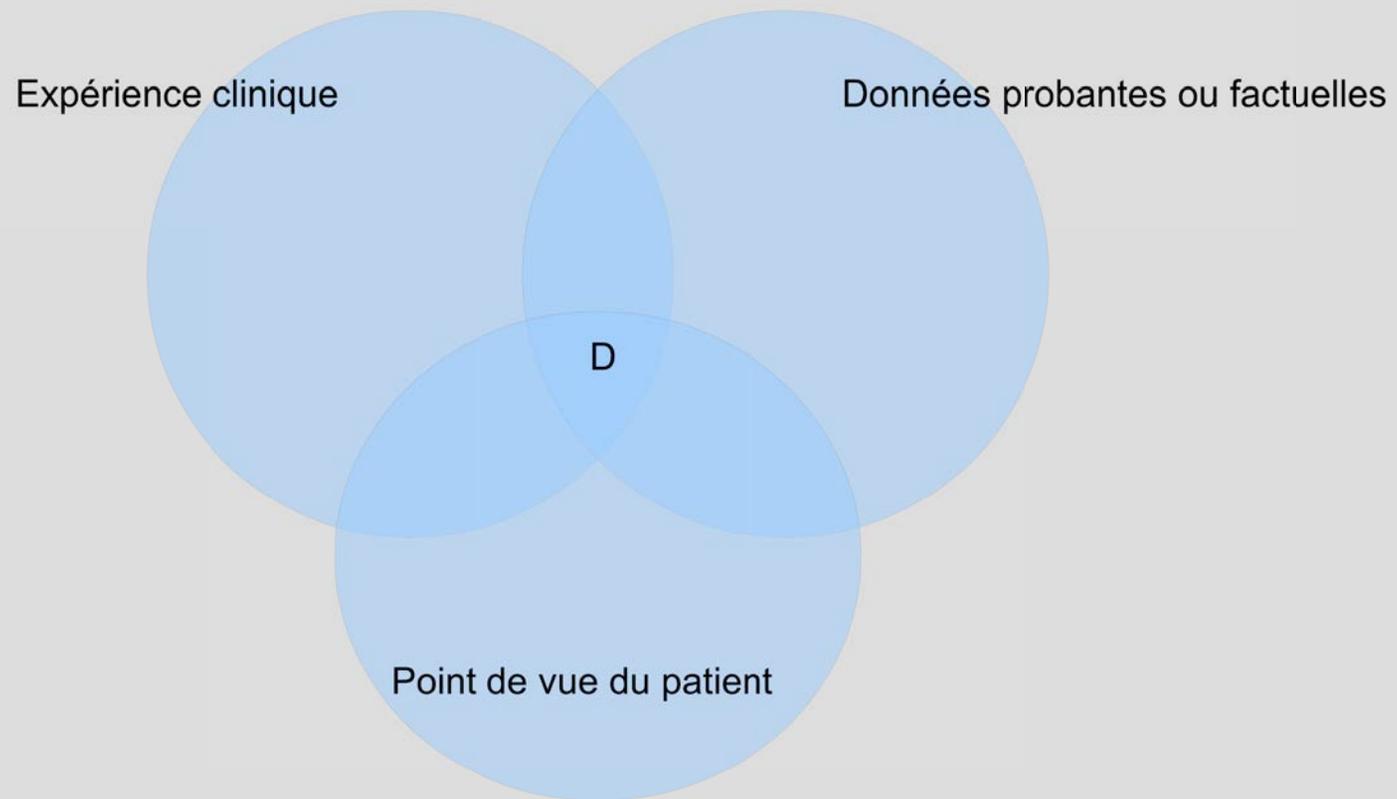
## Une réaction inadapté

- Pathologies créées directement par les patients (USR, Mallory Weiss, éructations, hémmage)
- Expression des émotions exacerbée

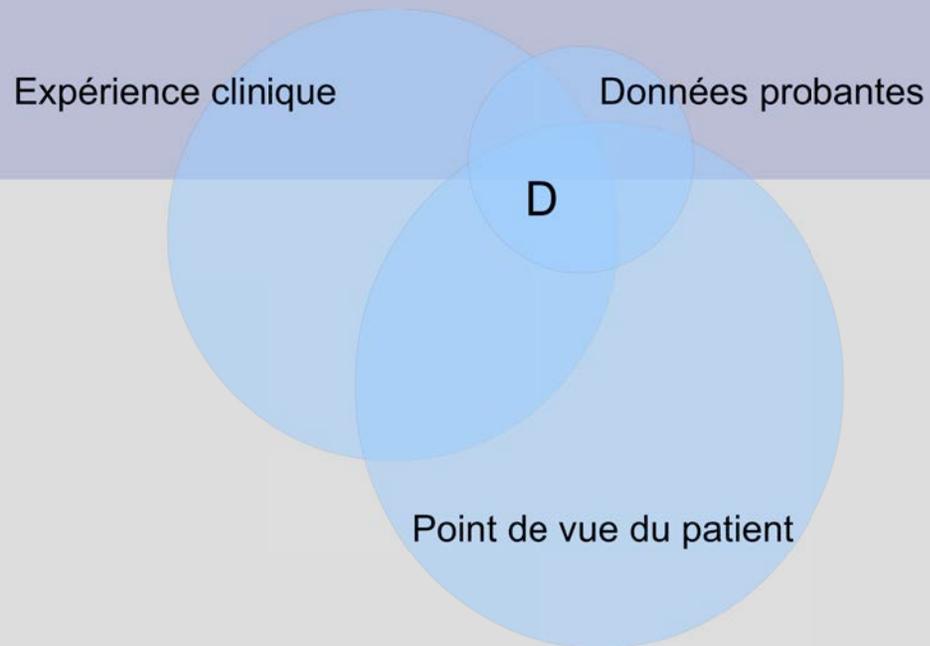
**PISTES DE REFLEXION SUR LA PRISE  
EN CHARGE MEDICALE DES TFD**

TROUBLES ORGANIQUES # TROUBLES FONCTIONNELS

Le paradigme de l'*Evidence Based Medicine (EBM)* : la bonne décision (D) se situe au carrefour de l'expérience clinique, des données probantes et du point de vue du patient.



Cependant la médecine factuelle s'appuie sur un modèle où le malade n'est plus envisagé du point de vue de l'individu, mais du point de vue d'une population relativement homogène  
Et donc cette approche exclusive ne répond pas exactement à la demande du patient souffrant de TFD



On peut donc optimiser la bonne prise en charge (D) par le simple fait de prendre en compte plus largement les attentes du patient

## Le maître mot : une médecine personnalisée

- Délivrance personnalisée d'une information, adaptée à la demande spécifique de chaque patient
- Tenter de cerner les attentes et croyances du patients
- ***Une reconnaissance de leur statut de souffrant.*** Le corps médical ne doit pas renvoyer une image de maladie insignifiante ni de malade imaginaire. Le patient veut être écouté mais également soutenu.

Il faut se rappeler que la dégradation de la QdV chez ces patients est aussi (voire plus) importante que dans des affections organiques chroniques comme le diabète ou l'IRC

## Une prise en charge personnalisée

- Établir clairement le diagnostic sans en faire forcément une approche par élimination
- Rassurer, grâce à des examens complémentaires si nécessaire
- Expliquer le plus honnêtement possible en évitant les facteurs confondants : HP, intolérance au lactose, lithiase vésiculaire, HH, diverticulose, endométriose.
- pronostiquer
- Aucune règle générale, que des cas particuliers

## 3 TYPES DE FONCTIONNELS

- Le type 1 : celui que l'on fini par rassurer (au moins pour un temps) au bout d'un nombre variable d'examens complémentaires permettant la disparition des symptômes
- Le type 2 : celui qui a déjà pré-senti la possibilité d'une forte composante émotionnelle à ses troubles
- Le type 3 (probablement le plus sévère): celui qui ne comprend pas !

## Le troisième type de patient

- Refuse d'aborder l'idée d'une composante psychologique
- Nécessite un bilan complémentaire exhaustif pour éliminer toute organicité
- Remet en question le diagnostic
- Ne comprend pas la possibilité de symptômes sans substratum anatomique
- Remet en question les compétences du médecin
- Ne pas hésiter à proposer un voire plusieurs avis spécialisés

## Les traitements médicamenteux

- La stratégie du « treat and scope » très utilisée en France avec notamment les IPP
- Importance de l'effet placebo (50%)
- Le traitement du trouble anxieux quand il prédomine et que le patient le verbalise

## Les traitements non médicamenteux

- Éducation thérapeutique +++ dont l'efficacité a été validée : diminution de la sévérité et amélioration significative de la QdV
  - Conseils diététiques : une majoration post-prandiale des symptômes est habituelle de même qu'une intolérance ressentie à certains aliments dans les TFD
- les régimes d'exclusion en gluten pour l'hyper-sensibilité non coéliquaue au gluten et en certains sucres et HdC (fructose, édulcorants type sorbitol) fermentescibles FODMAPs (fructanes)

## Traitements non médicamenteux

### Modifier le MICROBIOTE

- Pré et probiotiques
- Transplantation de microbiote fécal
- Régimes alimentaires (FODMAPs)

## Après le Plan Cancer, le Plan TFD

Une grande campagne d'information dans le but de donner « ses lettres de noblesse » à une maladie si fréquente et pourtant mal connue et mal comprise du grand public.

Ce travail de communication d'amont pourrait faciliter l'acceptation du diagnostic et sa prise en charge chez des patients mieux informés

## Communiquer sur les caractéristiques suivantes :

- Déterminer une terminologie ou « appellation contrôlée » unique et socialement plus valorisante que les TFD (ex fibromyalgie pour les rhumatologues)
  - Il s'agit d'une vraie maladie qui n'a rien à voir avec la simulation ou la folie
  - La présence de symptômes n'exige pas forcément de substratum anatomique retrouvé
- « devant des troubles digestifs un problème organique n'est pas automatique »

## Communiquer

- L'anxiété est souvent associée mais il n'y a aucune honte à souffrir d'anxiété
- Il n'est pas forcément indispensable de faire des examens complémentaires pour évoquer le diagnostic
- L'effet placebo des traitements est important
- L'évolution est chronique mais le pronostic bénin

## CONCLUSION

Il est impossible de catégoriser, de classer et de regrouper les patients qui restent tous hétérogènes voire uniques.

Merci aux « fonctionnels » : grâce à eux l'IA ne remplacera pas les médecins et la médecine restera un Art

Ils restent cependant les « bêtes noires » de la recherche clinique en modifiant involontairement les résultats

## Les messages

Renvoyer une image positive, rester empathique et montrer que l'on reconnaît leur statut de souffrant

Identifier clairement la maladie

cerner les attentes du patient

Une prise en charge personnalisée

Éducation thérapeutique