

Ministère des Enseignements Secondaire,
Supérieur et de la Recherche Scientifique

République du Mali
Un Peuple- Un But- Une Foi

Université de Bamako



Année Universitaire 2007/2008

Thèse N° :

TITRE

ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES ET SEMIOLOGIQUES DES TROUBLES FONCTIONNELS INTESTINAUX DANS LES CENTRES DE SANTE DE REFERENCE A BAMAKO.

Thèse présentée et soutenue publiquement le.....2008

Devant la faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie par

M. Seydou Amahiré KOUSSOUBE

Pour l'obtention de grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

JURY

Président : Pr. Mamadou DEMBELE

Membre : Dr. KAYA Assétou SOUKHO

Co-directeur : Dr. Moussa Tiémoko DIARRA

Directeur de thèse : Pr .Moussa Y. MAIGA

DEDICACES

AU nom d'ALLAH le tout miséricordieux, le très miséricordieux

Louange à ALLAH, seigneur de l'univers.

Le tout miséricordieux, le très miséricordieux,

Maître du jour de la rétribution.

C'est toi « seul » que nous adorons, et c'est toi « seul » dont nous implorons secours.

Guide nous dans le droit chemin,

Le chemin de ceux que tu as comblé de faveurs, non pas de ceux qui ont encouru ta colère, ni des égarés.

A mes parents : OUMAR dit AMAHIRE et AMINATA dite MOSSOULA
POUDIOUGO

Toute votre vie vous l'avez sacrifiée pour que nous devions ce que nous sommes aujourd'hui.

Trouvez ici l'expression de notre gratitude et tout notre respect. Ce travail modeste est le vôtre.

A mon grand père : AGOUNO DJIMDE et FAMILLE

Sache que ton petit-fils a grandi.

Vous avez veillé à ce que rien ne nous manque.

Vous avez toujours été présents pour nous soutenir.

Nous sommes fière et heureux que tu sois à nos cotés, nous prions Dieu que tu restes encore plus longtemps.

A mes oncles : feu Drissa KOUSSOUBE, feu Antimè KOUSSOUBE et feu Mohamed Ghana KOUSSOUBE.

Nous avons voulu que ce travail se fasse en votre présence, mais le dernier mot est venu au Tout Puissant. Vous qui avez tout œuvré pour notre réussite. Votre courage, votre sagesse et votre générosité font de vous des oncles exemplaires nous sommes fière d'avoir des oncles comme vous.

Que ce travail soit le témoignage de notre indéfectible affection.

Dormez en paix !

A mes frères et sœurs : Amadou, Hamidou, Isiaka, Sékou, Drissa, Fatoumata, Djeneba, Hadiaratou, Salimata, Binta.

Ce travail est le votre et constitue un trophée de plus en l'honneur de la famille.

En mémoire de mon ami : TIDIANI DIABY (in memorium)

Nous avons profondément ressenti ta disparition.

Dors en paix dans la grâce de l'éternel.

A sa famille que notre amitié existera pour toujours.

REMERCIEMENTS

Au corps professoral du décanat de la faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie de Bamako.

Merci pour l'encadrement exemplaire.

Aux Pr. Moussa Y. MAIGA, Dr. Abdoulaye KALLE, Dr. Anselme KONATE, Dr. Moussa T. DIARRA.

Pour la formation et vos qualités de formateurs d'homme. Vos caractères sociaux nous ont été précieux durant notre séjour à vos cotés. Grâce à votre disponibilité et vos conseils, ce travail a pu être réalisé. Merci infiniment, chers maîtres.

A mes oncles

Bakary Koussoube
Ogounou Poudiougou
Domo Poudiougou
Abdoulaye Djimdé
Adama Djimdé
Mamoudou Djimdé
Hamidou Djimdé
Thierno Djimdé
Cheick Oumar Djimdé
Boubacar Djimdé
Moussa Djimdé
Ibrahim Djimdé
Abdel Karim Djimdé

A mes Tantes

Yohoundè Doumberé
Yènè Doumberé
Fatoumata Koussoubé
Sama koussoubé
Mariam Djimdé
Aissata Djimdé
Djeneba Djimdé
Na Fatoumata Djimdé
Sama Djimdé
Yemborko Warma
Wobo Warma

Pelga koussoubagnono
Mariam Diarra
Aissata Diba
Mariam Dama
Aminata Bamadio
Matou Ongoiba
Asnatou Djimdé
Founè Traoré
Aissata Djimdé

Vous avez été toujours là pour nous soutenir et conseiller.

A mes cousins et cousines

Mamadou, Younoussa, Abdoulaye, Ousmane, Ibrahim, Aboubacar, Yaya, Mohamed Lamine, Souleymane, Adama, Kadia, Mariam, Aminata, Salimata, Habibatou, Assetou, Fatoumata, Binta, Awa.

Sachez que nous ne pouvons réussir que dans l'union.

A mes collègues du service d'hépto-Gastro-Enterologie :

Moussa Y. Dicko, Ouatou Mallé, Mamadou Sanghata, Aboubacarine Maiga, Aissata Traoré, Fatoumata Maiga, Djeneba Maiga.

Si seulement, nous pouvons continuer ensemble, car nous sommes un groupe uni.

A mes aînés : Dr Ganda Soumaré, Dr Hamidou Camara, Dr Alamako Doumdia, Dr Mamadou Drabo, Dr Seydou Samaké.

Merci pour les conseils.

A mes cadets du service: Alassane Diarra, Drissa Sangaré, Dotoum Diarra, Fatoumata Maiga, Aissé Sidibé, Adama Sidibé, Djibril Maiga, Cheick Doumbia, Cheick Doumbia, Orouma Sow, Mme Samaké Kadiatou.

Je vous souhaite beaucoup de courage.

A tout le personnel du service d'hépto-Gastro-Enterologie, au major Mme Sall Aissata Traoré et Mme Diakité Fatoumata Fofana.

Merci pour leur collaboration.

A tout le personnel des centres de santé de référence de Bamako.
Merci pour leur collaboration.

A mes amis : Mohamed Kassogue, Bandiougou Traoré, Ibrahim Cissé, Mohamed Koné, Abdoulaye Keita, Mamadou Diarra, Salif Diarra, Oumar Coulibaly, Awa Telly, Mme Diallo Fatoumata Telly, Abdoulaye Magassouba, Abdoulaye Fofana, Ousmane Koné.

Merci pour les conseils.

**AUX MEMBRES
DU JURY**

A Notre Maître et Président du Jury

Professeur Mamadou Dembélé

Professeur agrégé en Médecine Interne, spécialiste en endoscopie digestive

Cher maître, vous nous faites ce jour un grand honneur et beaucoup de plaisir en acceptant, malgré vos multitudes occupations de présider notre jury. Votre rigueur scientifique, votre sérieux dans le travail et bien d'autres qualités encore font de vous un maître exemplaire. Vos enseignements et votre personnalité nous marqueront indéfiniment.

Cher maître, soyez assuré de notre respect et de notre extrême gratitude.

A Notre Maître et Juge

Dr Kaya Assétou Soukho

Maître Assistant à la F M POS de Bamako

Spécialiste en Médecine Interne

Cher maître, nous avons été très touchés par votre gentillesse et votre grande disponibilité. L'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail est l'occasion pour nous de témoigner notre profonde reconnaissance et de notre estime.

A Notre Maître et Co-Directeur de Thèse

Dr Moussa Tiemoko Diarra

Spécialiste d'Hépatogastro-entérologie

Maître Assistant à la FMPOS de Bamako

Cher maître, pendant toute la durée de notre stage interné, vous avez été d'un grand apport inestimable. Vous avez guidé nos premiers pas, votre abord facile et votre modestie nous ont permis de mieux vous connaître et ainsi de mieux apprendre à vos côtés.

En acceptant de juger ce travail vous nous faites un grand honneur.

Trouvez ici cher maître, l'expression de toute notre reconnaissance et de notre profond respect.

***A Notre Maître et Directeur de Thèse
Professeur Moussa Youssoufa Maïga
Professeur d'Université
Chef de Service de Médecine de l'Hôpital Gabriel Touré
Responsable des Cours d'Hépatogastro-entérologie à la FMPOS
de Bamako***

Cher maître, vous nous avez fait un grand honneur en nous confiant ce travail.

Votre rigueur scientifique, votre souci constant de la bonne formation de vos élèves et du travail bien fait, font de vous un maître admirable. En plus de votre esprit critique, de vos connaissances que vous transmettez si facilement, votre infatigable disponibilité nous ont marqué.

Recevez par ce travail le témoignage de notre profonde reconnaissance.

ABREVIATIONS

TFI :	Troubles Fonctionnels Intestinaux
Fig. :	Figure
SNC :	Système Nerveux Central
TSH:	Thyroid Stimulating Hormone
NFS:	Numération Formule Sanguine
VS:	Vitesse de sédimentation
CRP:	C-Reactive,Proteine
CGRP:	Caltitonin Gene Related Peptide
VIP :	Vasoactive Intestinal Peptide
HCD:	Hypocondre Droit
HCG:	Hypocondre Gauche

SOMMAIRE

	Pages
I. Introduction	1
Objectif	
II. Généralités	4
a. Définition	4
b. Épidémiologie	6
c. Physiopathologie	7
d. Signes fonctionnels	13
e. Examen physique	16
f. Examen paraclinique	17
g. Diagnostic positif	18
h. Diagnostic différentiel	19
i. Traitement	21
III. Méthodologie	30
a. Lieu d'étude	30
b. Type et période d'étude	30
c. Patients	30
d. Méthode	31
e. Supports	32
IV. Résultats	33
V. Commentaires et discussion	42
VI. Conclusion	46
VII. Références	48
Annexes	

INTRODUCTION

1- INTRODUCTION

Les troubles fonctionnels intestinaux (TFI) sont fréquemment rapportés par les malades et posent de véritables difficultés thérapeutiques. La prévalence de cette affection dans la population mondiale est estimée entre 15-20 % [1 ; 2].

Aux Etats-Unis d'Amérique la prévalence était estimée entre 10-25 % de la population générale [3].

En France une enquête descriptive a suggéré que près de 70 % de la population présentaient des symptômes fonctionnels digestifs incluant les troubles fonctionnels intestinaux [4]. Les TFI sont source de consommation de soins en médecine. En effet les malades souffrant de ce syndrome subissent en moyenne 1,3 examen morphologique par an avec une consommation moyenne de 2,7 médicaments par malade par an. Le total des coûts directs annuels moyens par malade était estimé à 525,5 euros [5,6].

Devant l'absence de molécule de référence, la prise en charge des TFI est difficile. En effet le placebo améliore les patients dans 40 à 70% des cas [7].

En Afrique, les études sur les TFI sont fragmentaires et partielles.

Une étude multicentrique a rapportée que la fréquence des TFI était :

- En Afrique noire francophone, en zone urbaine, de 22%,
- De 17% au Maroc

- De 21% en Tunisie et 21% en Algérie [8].

En Côte d'Ivoire les TFI ont occupé 40% des consultations en médecine interne et 73% en consultation de gastroentérologie, avec une incidence hospitalière de 35% [9].

En milieu tropical, le tube digestif est le siège de multiples agressions parasitaires et bactériennes et la distinction entre des symptômes liés à ces infections et la pathologie fonctionnelle digestive est difficile dans nos régions.

Au Mali la fréquence des troubles fonctionnels intestinaux n'est pas connue. Cependant des symptômes en rapport avec ce syndrome sont fréquemment rapportés par les malades. Nous nous sommes ainsi proposés, de réaliser une étude sur ce sujet et nos objectifs étaient :

Objectif Général :

Etudier les troubles fonctionnels intestinaux dans une population de malades au cours des consultations de médecine générale.

Objectifs spécifiques :

Déterminer la fréquence des troubles fonctionnels intestinaux

Déterminer les caractères cliniques de ces troubles fonctionnels intestinaux.

Evaluer l'impact des TFI sur la qualité de vie des malades

Evaluer le coût direct de prise en charge des TFI.

GENERALITES

2- GENERALITES

2- 1. DEFINITION

Les TFI désignent des syndromes chroniques associant le plus souvent, des troubles du transit, une douleur abdominale, un ballonnement abdominal et dont les traits communs sont l'absence de toute anomalie lésionnelle, infectieuse ou métabolique et l'absence de retentissement sur l'état général du patient.

On attribue à leur origine des troubles primitifs de la motricité et de la sensibilité digestives.

Plusieurs appellations ont été proposées parmi lesquelles celles de colopathie fonctionnelle, d'intestin irritable, de névrose obsessionnelle, de côlon hyper réactionnel.

Devant le polymorphisme sémiologique de ces TFI, un groupe d'experts a dégagé un consensus révisé appelé les critères diagnostiques de Rome II.

Tableau I : critères de Rome II pour le diagnostic des TFI. [10]

Depuis au moins 12 semaines au cours des 12 derniers mois écoulés :

Présence de douleurs abdominales ou d'inconfort abdominal associées au moins à deux des trois facteurs suivants (en l'absence de toute anomalie organique ou métabolique pouvant expliquer ces symptômes) :

- soulagement des douleurs par l'évacuation des selles ;
- modification de la fréquence des selles ;
- modification de la consistance des selles.

Signes de probabilité retrouvés très fréquemment et ayant d'autant plus de valeur qu'ils sont nombreux :

- fréquence anormale des selles (>3 par jour ou <3 par semaine) ;
- forme anormale des selles (dures ou aqueuses) dans plus de trois quarts des défécations ;
- anomalies de la défécation (effort de poussées, besoins impérieux, évacuation incomplète) ;
- émission de mucus lors de plus de 25% des défécations ;
- ballonnement ou distension abdominale pendant plus de 25% de la période considérée.

2-2. EPIDEMIOLOGIE

La prévalence des TFI dans la population mondiale est estimée entre 15 – 20 % [1 ; 2].

Aux états unis d'Amérique la prévalence est estimée entre 10-25% de la population générale [3].

Les troubles fonctionnels intestinaux sont particulièrement fréquents dans les pays occidentaux. Certaines études suggèrent que 20 % des adultes présentent des syndromes répondant à la définition des TFI sur la base de différents critères cliniques [6].

Plus récemment, une enquête descriptive a suggéré que près de 70 % de la population française présentaient des symptômes fonctionnels digestifs incluant les TFI [5]. Les troubles fonctionnels digestifs au sens large, dont les TFI représentent environ la moitié, sont à l'origine de 10% des consultations en médecine générale et 50 % des consultations en gastro-entérologie [11].

En Afrique, une étude multicentrique a rapportée que la fréquence des TFI était :

- En Afrique noire francophone de 22%,
- De 17% au Maroc
- De 21% en Tunisie et 21% en Algérie [8].

Les TFI sont donc la source d'une consommation médicale (consultations, examens complémentaires, hospitalisations) et médicamenteuse non négligeable bien que difficile à chiffrer.

2-3.PHYSIOPATHOLOGIE [12]

La physiopathologie des colopathies fonctionnelles met en jeu plusieurs mécanismes : altération de la motricité digestive, troubles psychiques, altération de la sensibilité viscérale, composante inflammatoire, déséquilibre des neurotransmetteurs.

2-3-1. Les troubles de la motricité

A l'état basal, il n'existe pas d'anomalies de la motricité spécifique chez les patients ayant une colopathie fonctionnelle. Cependant, lors des symptômes, on peut décrire des profils moteurs différents. En cas de constipation douloureuse, on observe au niveau du côlon une augmentation des contractions segmentaires et une diminution des contractions propulsives. En cas de diarrhée motrice, on observe plutôt une augmentation des contractions propulsives et une diminution des contractions segmentaires.

Au niveau du grêle, la perte du complexe moteur migrant a été observée à jeun.

Il a en revanche été observé une réponse contractile exagérée après un repas riche en graisses.

2-3-2. Les troubles de la sensibilité viscérale

Les patients ayant une colopathie fonctionnelle ont une hypersensibilité à la distension du tube digestif, qui se traduit par un seuil de tolérance à la distension plus bas que chez les témoins. Ce trouble est diffus et étendu à tout le tractus digestif chez les patients présentant une colopathie fonctionnelle. Il existe une corrélation entre les seuils de perception de la douleur, lors de la distension rectale, et l'intensité des douleurs abdominales. L'hypersensibilité viscérale est donc reconnue comme une caractéristique des colopathies fonctionnelles. La perception des sensations digestives à un niveau exagéré est à l'origine de douleurs ou bien engendre une cascade de réflexes qui déclenchent des événements moteurs eux-mêmes douloureux.

2-3-3. Rôle de l'inflammation

Une autre hypothèse physiopathologique évoquée est l'intervention des cellules inflammatoires dans la genèse des symptômes des colopathies fonctionnelles.

Une augmentation du nombre de mastocytes au niveau de l'iléon terminal des patients ayant une colopathie fonctionnelle a été observée

par rapport à celui d'un groupe de sujets contrôles. Ces résultats suggèrent une participation des cellules inflammatoires lors de la symptomatologie des colopathies fonctionnelles. La sécrétion des médiateurs libérés par des mastocytes (histamine, sérotonine, et autres molécules nociceptives : adénosine phosphate, bradykinine, leukotriènes, lymphokines, prostaglandines, tumor necrosis factor, etc.) pourrait intervenir dans la modulation de la douleur par différents mécanismes, soit par une action directe au niveau des fibres sensibles, soit par une diminution du seuil de sensibilité des neurones afférents. Cette hypothèse expliquerait le déclenchement des symptômes de colopathie fonctionnelle au décours d'une infection intestinale bactérienne, virale, toxique ou parasitaire et pourrait également expliquer la possibilité d'intolérance alimentaire ou d'hypersensibilité chez certains patients ayant une colopathie fonctionnelle, et principalement dans les formes diarrhéiques.

2-3-4. Déséquilibre des neuromédiateurs

Le rôle de certains neuromédiateurs est incriminé dans la pathogénie des colopathies fonctionnelles. La sérotonine libérée par les entérochromaffines stimule les fibres afférentes extrinsèques et intrinsèques responsables de réponses physiologiques telles que la

sécrétion intestinale, les réflexes péristaltiques, les nausées, les vomissements, les douleurs abdominales et les ballonnements.

Les patients ayant une colopathie fonctionnelle ont un taux élevé de sérotonine dans le plasma et le rectosigmoïde. Les récepteurs de la sérotonine se divisent en sept classes. Les antagonistes des récepteurs 5-HT₃ exercent une action essentiellement inhibitrice qui se traduit chez l'homme par un ralentissement du transit. Les récepteurs 5-HT₄ exercent une action stimulante. Ils sont localisés sur les interneurons cholinergiques, les neurones moteurs, les cellules musculaires intestinales et les entérocytes. D'autres neurotransmetteurs peuvent avoir un rôle important dans la survenue d'une colopathie fonctionnelle : le calcitonin gene related peptide (CGRP), impliqué dans la sensibilité viscérale, la Vasoactive Intestinal Peptide (VIP), facteur relâchant important du réflexe péristaltique avec le monoxyde d'azote (leurs récepteurs siègent dans les neurones inhibiteurs du plexus myenterique) et les tachykinines (substances P et neurokinines), qui exercent des actions complexes sur la motricité digestive. Ces neurotransmetteurs peuvent fournir le lien non seulement entre la contractibilité et la sensibilité viscérale mais également entre les terminaisons nerveuses entériques et centrales.

2-3-5. Troubles psychiques

Le rôle des facteurs psychiques dans la physiopathologie des colopathies fonctionnelles est difficile à démontrer. Cependant, l'anxiété, l'hypochondrie et la dépression sont fréquentes et environ 80% des sujets atteints de colopathie fonctionnelle ont une majoration de leur symptôme en période de stress. Plusieurs travaux ont rapporté une augmentation de la prévalence des antécédents d'agressions sexuelles, particulièrement dans l'enfance, chez les patients ayant une colopathie fonctionnelle comparés à un groupe contrôle.

2-4. LES SIGNES FONCTIONNELS

2-4-1. Douleur abdominale

Ses caractères sont extrêmement variables. Elle peut être à type de brûlure, de torsion et de spasme.

Sa localisation est variable d'un sujet à l'autre et chez un même sujet. Elle est plus fréquemment localisée tantôt dans la région hypogastrique, tantôt dans les fosses iliaques, tantôt dans les hypocondres, tantôt dans l'épigastre, ou diffuse. Les localisations plus basses sont parfois trompeuses et peuvent motiver chez la femme une consultation gynécologique.

Son intensité peut aller de la simple gêne jusqu'à une douleur plus ou moins intense influençant les activités des patients, voire trans-fixiante.

Son horaire peut être matinal, postprandial. Enfin, son évolution au cours du temps est aléatoire. Elle est le plus souvent intermittente, par crise de plusieurs jours, voire de plusieurs semaines. Elle est déclenchée par le stress, une prise médicamenteuse, alimentaire. Elle est soulagée par l'évacuation de selles et/ou de gaz.

Les périodes de repos, en particulier les vacances, entraînent une amélioration, voire une disparition de la douleur.

2-4-2. Troubles du transit

2-4-2-1. Constipation

Ce symptôme très fréquent peut être le seul motif de consultation ou bien être associé aux autres signes cliniques, en particulier la douleur abdominale ou une diarrhée.

Elle est rapportée par les malades comme un besoin de poussée abdominale importante lors des efforts d'évacuations, une impression d'évacuation incomplète ou encore de la nécessité de manœuvres digitales pour faciliter l'évacuation rectale.

2-4-2-2. Diarrhée

Ce symptôme amène en générale les patients à consulter beaucoup plus vite que la constipation, du fait de la gêne fonctionnelle relativement importante qu'elle entraîne.

Elle peut être isolée ou associée à d'autres symptômes. Elle est tantôt d'horaire matinal (3-4 selles) ou post prandial (motrice). Les selles ne contiennent ni pus, ni sang, ni glaire.

2-4-3. Ballonnements

Il est parfois difficile de séparer la sensation de distension abdominale des douleurs abdominales ressenties par le patient. Les ballonnements sont décrits parfois comme une simple gêne, voire une lourdeur post-

prandiale, gênant le port de vêtements trop serrés. Parfois ils réalisent une sensation de tension insupportable. La sensation de distension est plus importante le matin ou pendant les périodes post prandiales, alors qu'elle est absente pendant la période nocturne. Elle est souvent soulagée par les éructations et l'émission de gaz colique.

2-4-4. Autres signes digestifs

Une lenteur à digérer, des éructations, des régurgitations, une satiété précoce, des nausées et des vomissements peuvent être rapportés par les malades.

2-4-5. Signes extra digestifs

Les manifestations extra digestives sont particulièrement fréquentes chez les patients présentant des TFI. Il peut s'agir des symptômes urinaires, à type de mictions nocturnes fréquentes, ou encore de brûlures mictionnelles, mais aussi de dyspareunie et (ou) de dysménorrhée chez la femme.

Enfin, on retrouve plus fréquemment des douleurs lombaires, des dorsalgies ou des douleurs articulaires de topographie variable chez ces patients.

Des manifestations psychopathologiques sont décrites à type : d'hystérie, d'anxiété, et d'un état dépressif. [7].

2-5. EXAMEN PHYSIQUE

Il présente un intérêt évident à la recherche d'une anomalie organique, et un intérêt thérapeutique certain pour le patient qui se sent rassurer à posteriori.

A l'inspection il peut exister un météorisme abdominal, avec une distension visible, se traduisant à la percussion par un tympanisme essentiellement sur le cadre colique.

La palpation abdominale soigneuse met en évidence, au plus la sensation d'une « corde » sigmoïdienne sans aucune spécificité diagnostique. Le toucher rectal permet d'éliminer une pathologie organique intra rectale, de rechercher une rectocèle antérieure et de suspecter un asynchronisme abdomino- périnéal lors de la poussée abdominale, tous deux pouvant participer aux difficultés d'évacuation. Enfin, le toucher rectal peut réveiller une douleur à la palpation de la face postérieure du rectum traduisant une sensibilité excessive de cette partie.

L'évaluation psychologique du malade retrouve la prévalence des troubles psychopathologiques chez les patients atteints de TFI. Cette prévalence est estimée à 40% [7].

Les troubles les plus souvent rencontrés sont une tendance à l'hystérie, à la somatisation, à l'anxiété, à la dépression, à la phobie et à l'hypocondrie.

Il est vraisemblable que la présence de ces facteurs psychopathologiques induit la recherche de soins médicaux, plus que la pathologie intestinale par elle-même. Il est remarquable de souligner que les troubles psychopathologiques ont un polymorphisme important, pouvant aller d'une simple anxiété ou d'un vécu difficile des situations stressantes à un état psychiatrique limite, à type de syndrome dépressif. Cette évaluation psychologique est importante à réaliser dès la première consultation spécialisée au cas par cas.

Le reste de l'examen clinique soigneux est strictement normal, en particulier l'état général est conservé, sans amaigrissement notable, sans anorexie malgré de nombreuses restrictions alimentaires que le patient s'impose lui-même, et sans asthénie réelle si ce n'est une tendance à la psychasthénie.

L'examen clinique étant normal, on a de systèmes d'aide au diagnostique positif de TFI notamment les critères de Rome II qui sont les résultats des travaux d'experts (tableau I).

2-6. Examens paracliniques

Le but est d'éliminer une cause organique. On peut globalement séparer les examens paracliniques en examens biologiques et morphologiques.

2-6-1. Examens biologiques

La numération formule sanguine, la vitesse de sédimentation l'ionogramme sanguin, le dosage de la TSH (Thyroid Stimulating Hormone), des autres hormones thyroïdiennes, la CRP (C-Reactive, Proteine) seront normaux.

Les coprocultures ainsi que les examens parasitologiques des selles ne révéleront pas de germe pathogène susceptible d'expliquer la symptomatologie.

2-6-2. Examens morphologiques

Ils sont demandés en fonction de la symptomatologie prédominante du patient. Les troubles du transit incitent à la pratique rapide d'une coloscopie totale.

Lorsque les douleurs sont prédominantes dans l'hypocondre droit, au niveau de l'épigastre, une échographie abdominale doit être réalisée.

Une oesogastroduodéoscopie est pratiquée lorsque les signes digestifs hauts sont associés aux TFI.

2-7. DIAGNOSTIC POSITIF

Le diagnostic des TFI est basé sur la persistance des signes cliniques depuis au moins 12 semaines lors des 12 derniers mois, sans signes

d'organicité et ni d'anomalies aux examens paracliniques chez un sujet avec un état général conservé.

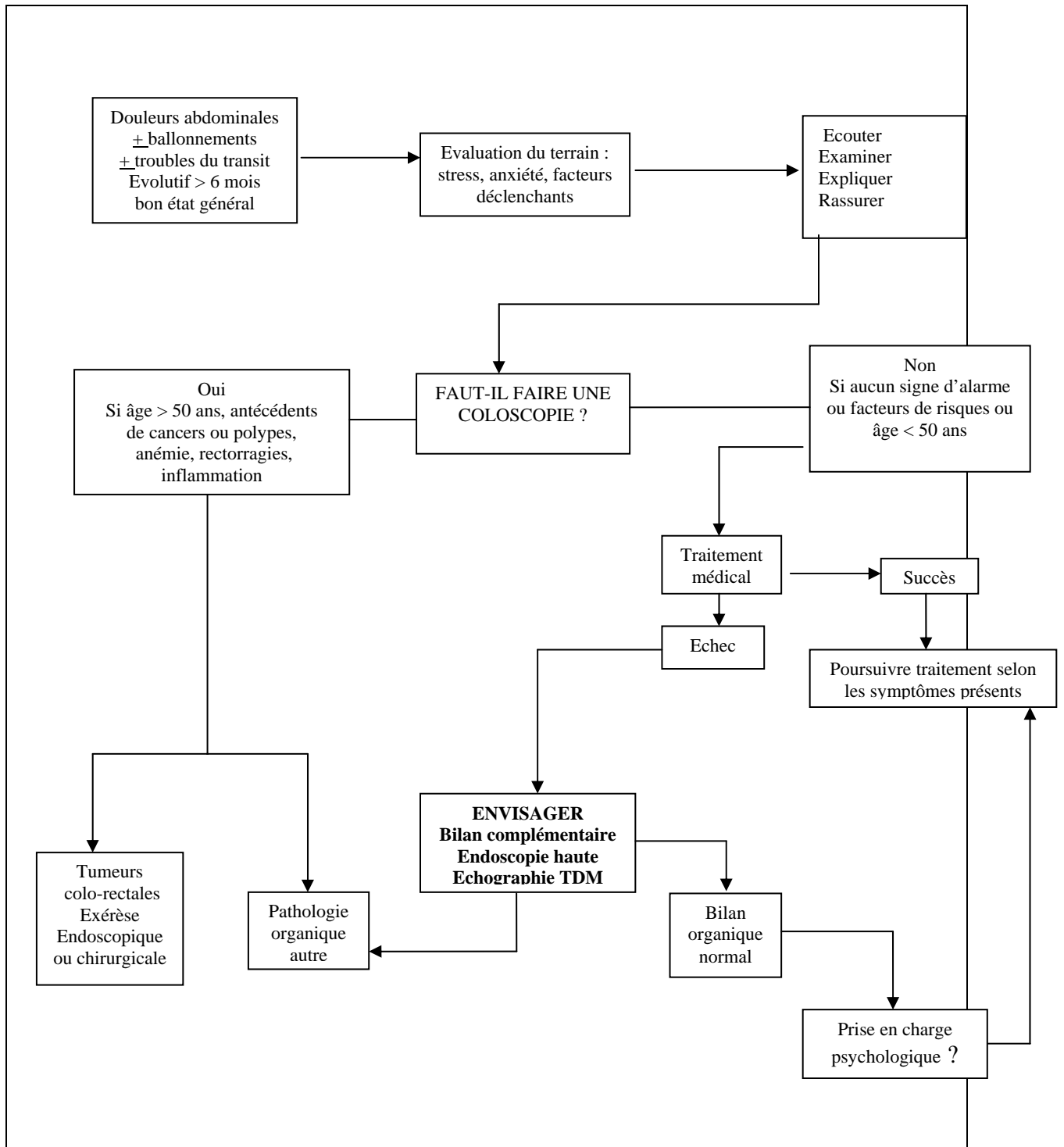
2-8. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Le diagnostic différentiel se pose devant toute symptomatologie digestive.

Les examens morphologiques et biologiques ne permettent pas de rapporter les symptômes à une pathologie donnée.

Le diagnostic de TFI reste un diagnostic d'élimination. Cependant il ne faut ni surmédicaliser le malade et engager une série d'examens inutiles, ni pêcher par défaut en prenant une pathologie organique pour fonctionnelle.

Fig. II : conduite à tenir devant une symptomatologie de TFI [10].



2-9. TRAITEMENT

Les troubles fonctionnels intestinaux sont certainement le dernier grand bastion du mystère gastroentérologique. D'importants progrès ont été réalisés ces dernières années dans la compréhension et la prise en charge de la plupart des grands syndromes de cette discipline. Il est désormais possible d'expliquer une physiopathologie claire et de rédiger une ordonnance cohérente chez un malade se plaignant de reflux gastrooesophagien, d'ulcère gastroduodéal, etc. Mais on reste bien dépourvu devant les TFI.

Les très nombreuses théories physiopathologiques prouvent bien qu'aucune n'est réellement satisfaisante : psychisme, réaction immunitaire post-infectieuse, troubles de la motricité, spasmes, viscérosensibilité, déséquilibre bactérien [13].

Aucune de ces théories n'est réellement satisfaisante, peut-être du fait de leur intrication chez un même sujet. La variabilité intra et interindividuelle des symptômes et le grand chevauchement de toute mesure expérimentale entre le sujet sain et le sujet malade ainsi que l'absence de modèle expérimental fiable, nous rendent bien désarmés pour expliquer le pourquoi de sa maladie au malade.

L'écoute et la relation «médecin-malade» sont des éléments essentiels au succès d'une consultation médicale. La recherche constante des soins est une caractéristique des malades atteints de TFI, alors que les

malades chez qui une affection organique est suspectée consulteraient plutôt pour résoudre un problème précis.

L'aspect polymorphe des troubles fonctionnels intestinaux, et les multiples hypothèses physiopathologiques expliquent, au moins en partie, le grand nombre de moyens thérapeutiques.

Toutefois, il n'existe pas encore, à l'heure actuelle, de molécule de référence pour traiter un patient présentant des TFI.

En effet, le placebo améliore les patients dans 50 à 70 % des cas, au moins sur une courte période de temps. L'importance de cet effet placebo rend compte des difficultés à interpréter les données de la littérature [10].

Moyens thérapeutiques [14]

2-9-1. Antispasmodiques

La pharmacologie permet de distinguer schématiquement les antispasmodiques inhibant le spasme induit par l'acétylcholine (anticholinergiques ou neurotropes) à ceux levant le spasme provoqué par le chlorure de baryum (musculotropes).

2-9-1-1. Anticholinergiques

Agissent essentiellement sur la transmission nerveuse à différents niveaux et ont souvent des propriétés anti-sécrétoires qui peuvent limiter leur utilisation.

D'une façon générale, les anticholinergiques sont de moins en moins utilisés dans le but d'inhiber la motricité intestinale car leur effet antispasmodique s'exerce à des doses où se manifestent également des effets anti sécrétoires et ou extra-digestifs dont certains peuvent être gênants (sécheresse buccale, troubles mictionnels, accélération du rythme cardiaque).

Les anti-cholinergiques les plus classiquement utilisés dans les TFI sont des ammoniums quaternaires tels que le butyl scopolaminium, le bromure de clidinium ainsi que l'iodure de tiémonium.

2-9-1-2. Musculotropes

L'efficacité des antispasmodiques musculotropes a été évaluée par méta analyse de 54 essais. Cette méta analyse a montré une supériorité très significative de l'ensemble des musculotropes (trimébutine, mébévérine) par rapport au placebo.

La mébévérine peut être considérée comme une thérapeutique d'efficacité démontrée dans les TFI.

La mébévérine exerce de façon non spécifique, son action spasmolytique directe sur le muscle lisse à l'égard de nombreux stimuli pharmacologiques aussi bien ceux agissant sur des récepteurs spécifiques tels que l'acétylcholine ou l'histamine, que ceux exerçant leurs effets directement sur la fibre lisse.

La posologie habituelle est comprise entre 300 à 600 mg/jour per os. Sa tolérance est excellente et elle est dépourvue en particulier d'effets secondaires anti cholinergiques.

Son emploi peut donc être prolongé plusieurs mois sans inconvénient notable.

La trimébutine se fixe sur les récepteurs nerveux des plexus d'Auerbach et Meïssner et possède un pouvoir d'inhibition compétitive vis à vis de l'acétylcholine. Cependant, l'essentiel de son action se situerait ailleurs en déprimant l'action inhibitrice des neurones inhibiteurs non adrénergiques et/ou en agissant sur les récepteurs intestinaux aux opiacés.

La trimébutine est surtout prescrite dans les TFI à raison de 200 à 400mg/ jour per os. Sa tolérance est excellente et elle peut être prescrite chez la femme enceinte et l'enfant.

2-9-2. Laxatifs

Ces différentes substances visent à accélérer un transit ralenti. Il faut proscrire, chez les patients présentant des TFI, les laxatifs irritants contenant de la bourdaine, du séné et des anthraquinones.

En effet, ces différentes substances majorent habituellement les phénomènes douloureux des patients, induisent une déplétion potassique et la maladie des laxatifs surtout lorsqu'ils sont utilisés en grande quantité et au long cours.

A l'inverse, les laxatifs osmotiques sucrés (lactulose) ou inertes (Macrogol) peuvent être utilisés de façon chronique.

Les Laxatifs huileux à base d'huile de paraffine peuvent induire, dans de rares cas, une carence des vitamines liposolubles (par effet d'entraînement) rendant leur utilisation difficile à long terme.

Les laxatifs les plus fréquemment utilisés restent les laxatifs mucilagineux à base de gomme (Ispaghulax) Le principe d'action de ces substances non absorbables est un effet de lest colique, associé à une augmentation des populations bactériennes du colon droit en particulier.

Ces substances sont fermentescibles et peuvent induire un météorisme et une sensation de distension abdominale diminuant l'observance du traitement lorsqu'elles sont prescrites à dose excessive d'emblée. Il convient donc de proposer aux patients de petites doses régulièrement progressives jusqu'à arriver à la dose quotidienne habituelle.

Les mucilages sont globalement mieux tolérés que les fibres alimentaires, en particulier le son de blé, qui présente le même mode d'action que les mucilages, avec un effet irritant pouvant majorer des phénomènes douloureux préexistants.

2-9-3. Ralentisseurs du transit

Ce sont essentiellement des dérivés des opiacés, qu'ils soient naturels (elixir parégorique) ou synthétiques (Loperamide).

Ces substances modifient la motricité digestive, aussi bien au niveau de l'intestin grêle que du côlon, dont la conséquence sera un ralentissement du transit.

2-9-4. Anti flatulents

Ces substances peuvent être de 2 types, soit des pansements intestinaux, soit des composés à base de charbon végétal. Les pansements les plus utilisés sont des substances contenant des argiles naturelles (Attapulgite, Montemorillonite)

Les substances contenant des charbons actifs sont efficaces sur la sensation de distension, les plus couramment utilisées sont la formocarbine ou les gélules de charbon végétal.

Bien souvent, les pansements intestinaux et le charbon sont associés, dans une même préparation (Dimeticone et Levure).

Ces différents produits contenant du charbon actif ont un effet ralentisseur sur le transit, il convient donc d'être prudent dans la prescription de ces substances chez les sujets constipés.

2-9-5. Thérapeutiques à visée psychologique

Le contexte psychopathologique, dans lequel s'intègrent les TFI a amené à la prescription d'anxiolytiques, d'antidépresseurs, voire une prise en charge psychothérapeutique classique ou par hypnose. Les anxiolytiques, ainsi que les antidépresseurs doivent être prescrits de façon intermittente et à dose faible. A l'inverse, la psychothérapie et la prise en charge par hypnose peuvent s'intégrer dans le long terme chez certains patients.

2-9-6. Mesures hygiéno-diététiques

Les patients présentant des TFI ont souvent un comportement alimentaire perturbé avec des régimes d'exclusion sévère qu'ils s'auto prescrivent. Il faut certainement insister chez ces patients pour que l'hygiène alimentaire soit la plus proche possible de la normale tout en préconisant l'éviction des substances hautement fermentescibles telles que le haricot, les choux.

2-9-7. Médicaments agissant sur les récepteurs de la sérotonine

La sérotonine est un important neurotransmetteur ainsi qu'une molécule à effet paracrine au niveau digestif.

La sérotonine libérée par les cellules entérochromaffines a des effets périphériques péristaltiques, sécrétoires, vasculaires et nociceptifs. Les communications bidirectionnelles système nerveux entérique-SNC comportent également des communications sérotoninergiques. Parmi les sous types connus de récepteurs de la sérotonine, quatre (5-HT₁, 5-HT₂, 5-HT₃, 5-HT₄) ont été particulièrement étudiés au niveau digestif et des médicaments agissant sur les récepteurs 5-HT₃ et 5-HT₄ ont été développés pour le traitement de TFI. Des antagonistes des récepteurs 5-HT₃ bloquent la transmission du message sensitif et ralentissent le transit. Ils sont donc particulièrement indiqués au cours des TFI avec diarrhée.

L'alosétron a été développé récemment dans l'indication des TFI à forme diarrhéique et mis sur le marché américain en 2000.

La survenue d'effets secondaires graves en particulier des colites ischémiques et des décès, ont conduit à un rapide retrait du marché de cette molécule.

Le Cilansétron, est un second 5-HT₃ antagoniste en phase finale d'évaluation.

La deuxième grande classe médicamenteuse agissant sur les récepteurs de la sérotonine est les agonistes de récepteurs 5-HT4 qui améliorent de façon dose dépendante la sensibilité viscérale en stimulant parallèlement le péristaltisme.

L'indication électorive de cette classe, essentiellement représentée actuellement par le tégasérod est : les TFI avec constipation.

Le cisapride, autre 5-HT4 agoniste a été retiré du marché en raison des troubles du rythme ventriculaire qu'il induisait.

METHODOLOGIE

3. METHODOLOGIE

3.1. LIEU D'ETUDE : l'étude s'est déroulée dans les six centres de santé de référence du district de Bamako.

Les centres de santé de référence du district sont le deuxième niveau de référence selon le système de référence sanitaire.

Chaque chef lieu de commune du district abrite un centre de santé de référence qui est organisé comme suite : une administration dirigée par un médecin chef, une unité de gynécologie obstétrique, une unité de médecine générale, une unité de pédiatrie et une unité de laboratoire.

3.2. TYPE ET PERIODE D'ETUDE

Il s'agissait d'une étude transversale, menée de Juin 2006 à Novembre 2006.

L'enquête a duré cinq jours dans chacun des centres de santé de référence.

3.3. Patients

Notre travail a porté sur tous les patients adultes reçus en consultation de médecine générale.

- Critères d'inclusion étaient :

Tout patient reçu en consultation et ayant depuis au moins 12 semaines sur les 12 derniers mois une douleur abdominale et/ou un trouble du

transit et/ou un ballonnement abdominal, sans amaigrissement ni autres signes organiques comme la rectorragie, la glaire dans les selles, la fièvre.

- ***Critères de non n'inclusion*** étaient :

Des symptômes digestifs évoluant depuis moins de 12 semaines sur les 6 derniers mois ou troubles digestifs anciens avec signes d'organicité comme la présence de sang et/ou de glaire dans les selles, un amaigrissement, une fièvre.

3.4. METHODES

3.4.1. Examen clinique :

3.4.1.1 Interrogatoire recherchait :

- les antécédents du malade ;

-les symptômes : douleur abdominale; troubles du transit (constipation, diarrhée ou alternance diarrhée/constipation), ballonnement abdominal et des signes en faveur d'une organicité.

3.4.1.2 Examen physique : a été systématique et complet pour éliminer une pathologie organique.

3.4.2. Examens paracliniques ont comporté :

- L'examen parasitologique des selles et une coproculture devant une diarrhée.

- La Fibroscopie œsogastroduodénale, la coloscopie ou le lavement baryté à double contraste en cas d'indication pour éliminer une cause organique en particulier tumorale ou inflammatoire.

-L'Echographie voire la Tomodensitométrie abdominale pour éliminer une cause organique en cas de doute.

3.5. SUPPORTS : les données ont été colligées sur une fiche d'enquête et analysées au logiciel épi-info.

RESULTATS

4- RESULTATS

4-1. Fréquence

Pendant la période d'étude, 104 patients ont répondu aux critères d'inclusion sur 487 patients examinés soit une fréquence de 21,35% de la population.

4-2- Caractéristiques sociodémographiques

4-2-1- Age :

Tableau I : Répartition des patients selon la classe d'âge.

Tranches d'âge (ans)	Effectif	Pourcentage (%)
16-26	47	45,2
27-36	34	32,7
37-46	12	11,5
47-56	6	5,8
>56	5	4,8
Total	104	100

La tranche d'âge 16-26 ans prédominait avec 45,2%.

L'âge moyen était de $30,5 \pm 11,5$ ans avec des extrêmes de 16 et 75 ans.

4-2-2- Sexe

Tableau II : Répartition des patients selon le sexe.

Sexe	Effectif	Pourcentage (%)
Masculin	38	36,5
Féminin	66	63,5
Total	104	100

Le sex-ratio était de 0,57 en faveur des femmes.

4-2-3- Statut matrimonial

Tableau III : Répartition des patients selon le statut matrimonial.

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage (%)
Marié	57	54,8
Célibataire	47	45,2
Total	104	100

Les mariés représentaient 54,8% des patients.

4-2-4- Profession

Tableau IV : Répartition des patients selon la principale occupation.

Profession	Effectif	Pourcentage (%)
Elève/Étudiant	38	36,5
Ménagère	35	33,7
Fonctionnaire	11	10,6
Commerçant	7	6,7
Ouvrier	5	4,8
Cultivateur	2	1,9
Artisan	3	2,9
Chauffeur	2	1,9
Animateur	1	1
Total	104	100

Les élèves et étudiants étaient plus représentés avec 36,5%, suivis des ménagères 33,7%.

4-3- Motifs de consultation

Tableau V : Répartition des patients selon les motifs de consultation.

Signes fonctionnels	Effectif	Pourcentage (%)
Douleur abdominale	101	97,1
Météorisme /ballonnement	54	51,9
Constipation	47	45,2
Diarrhée	23	22,1
Diarrhée/constipation	10	9,7

Les signes fonctionnels les plus fréquemment retrouvés ont été la douleur abdominale, le météorisme et la constipation.

Tableau VI : Répartition des patients selon l'association des signes fonctionnels.

Association des signes fonctionnels	Effectif	Pourcentage (%)
Diarrhée+météorisme abdominal	4	3,8
Constipation + météorisme abdominal	12	11,5
Diarrhée+douleur abdominale	20	19,2
Constipation+douleur abdominale	45	43,3
Diarrhée+météorisme abdominal+ douleur abdominale	2	1,9
Constipation+ météorisme abdominal+douleur abdominale	11	10,6

L'association la plus fréquente a été constipation+douleur abdominale avec 43,3%.

4-4- Caractéristiques de la douleur

Tableau VII: Répartition des patients selon les caractéristiques de la douleur abdominale.

Caractéristiques de la douleur abdominale		Effectif	Pourcentage (%)
Durée (mois)	<4	15	14,8
	4-12	33	32,7
	>12	53	52,5
Mode évolutif	Permanent	4	4
	Intermittent	97	96
Type	Crampe	78	77
	Brûlure	20	20
	Piqûre	3	3
Siège	Diffus	81	80,3
	HCD	15	14,9
	HCG	2	1,9
	Sous ombilical	1	1
	Inguinal	2	1,9
Facteurs déclenchants	Repas	91	91,1
	Stress	10	9,9
Facteurs calmants	Emission de gaz	14	13,9
	Emission de selles	10	9,9
	Aucun	77	76,2

Plus de la moitié des patients avaient une durée évolutive supérieure à 12 mois.

4-5- Caractéristiques du météorisme abdominal

Tableau VIII : Répartition des patients selon les caractéristiques du météorisme/ballonnement.

Caractéristiques du météorisme/ballonnement		Effectif N=54	Pourcentage (%)
	<4	21	38,9
Durée (semaines)	4-12	18	33,3
	>12	15	27,8
Mode évolutif	Permanent	2	3,7
	Intermittent	52	96,3
Facteurs déclenchants	Repas	41	75,9
	Aucun	13	24,1
Facteurs calmants	Emission de gaz ou de selles	23	42,6
	Aucun	31	57,4

Chez 75,9% des patients le repas était le facteur déclenchant du ballonnement abdominal.

4-6- Caractéristique des troubles du transit

Tableau IX : Répartition des patients selon les caractéristiques des troubles du transit.

Caractéristiques des troubles du transit			Effectif	Pourcentage (%)	
Constipation (N=47)	Fréquence	1 selle/semaine	30	63,8	
		2 selles/semaine	17	36,2	
	Durée (mois)		1	9	19,1
			2	13	27,7
			3	10	21,2
			4	6	12,8
			5	3	6,4
	>5	6	12,8		
Diarrhée ou glaire (N=23)	Fréquence	3 selles/jour	13	56,5	
		4 selles/jour	6	26,1	
		5 selles/jour	4	17,4	
	Durée (jours)		≤ 5	14	61
		6 à 10	9	39	
Diarrhée/ Constipation (N=10)	Durée (mois)	6	4	40	
		8	6	60	

Le trouble de transit le plus fréquent était la constipation.

4-7- Profil psychologique

Tableau X : Répartition des patients selon le profil psychologique.

Profil psychologique	Effectif	Pourcentage (%)
Anxiété	20	19,2
Stress	4	3,8
Aucun	80	77
Total	104	100

L'anxiété était présente chez 19,2% des patients.

4-8- Nombre de consultation

Tableau XI : Répartition des patients selon le nombre de consultation effectué.

Nombre de consultation	Effectif	Pourcentage (%)
1-3	38	36,5
4-6	39	37,5
>6	27	26
Total	104	100

Chez 74% des patients, on avait 1-6 consultations.

4-9- Traitement

Tableau XII : Répartition des patients selon le type de traitement reçu.

Type de traitement	Effectif	Pourcentage (%)
Médical	68	65,3
Médical + Traditionnel	35	33,7
Traditionnel	1	1
Total	104	100

La majorité des patients avaient recours au traitement médical moderne.

4-10- Qualité de vie et coût direct de prise en charge

Tableau XIII : Répartition des patients selon la perturbation de la qualité de vie.

Perturbation de la qualité de vie	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	38	36,5
Non	66	63,5
Total	104	100

Chez 36,5% des patients, on avait une perturbation de la qualité de vie

Tableau XIV : Répartition des patients selon le type de perturbation de la qualité de vie.

Perturbation de la qualité de vie	Effectif	Pourcentage (%)
Absentéisme	25	65,8
Emission fréquente de gaz	8	21
Gargouillement	5	13,2
Total	38	100

La majorité des patients étaient contraints à l'absentéisme.

Tableau XV : Répartition selon le coût direct de prise en charge en Franc CFA.

Durée évolutive		6 mois (n = 31)	7 - 12 mois (n = 18)	13 mois et plus (n = 55)
Consultations	<i>Nombre moyen</i>	3,8	3,7	6,8
	<i>Coût moyen</i>	3.838 F.	3.722 F.	6.800 F.
Examens complémentaires	<i>Coût moyen</i>	7.450 F.	8.400 F.	8.047 F.
Ordonnances	<i>Coût moyen</i>	28.790 F	37.222 F.	68.000 F.

Le coût direct de prise en charge était globalement élevé.

COMMENTAIRES & DISCUSSION

5- COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Cette étude transversale a permis de colliger 104 cas de TFI sur une période de six semaines.

Certains malades n'ayant pas pu subir la fibroscopie œsogastroduodénale ou la coloscopie ont été exclus, car une cause organique à l'origine des troubles n'a pas pu être éliminée.

Cependant, l'examen clinique a été rigoureux et l'échantillon est représentatif à celui de la plupart des études de même type en Afrique.

Les TFI ont représenté 21,35%. Cette fréquence est comparable à celle de Dapoigny [7] qui était de 20% et légèrement inférieure à celle de Lyard [3] qui était de 25%.

Le sex ratio était de 0,57 en faveur des femmes, comparable à celui de Coffin [13] qui était de 2/1. Cette constatation est identique aux données de la littérature, selon lesquelles les TFI sont plus fréquentes chez la femme que chez l'homme. Le profil particulier de la femme, plus émotive pourrait expliquer cela.

L'âge moyen de nos patients était de $30,5 \pm 11,5$ ans et la tranche d'âge de 16 à 36 ans était plus représentée. Pour Coffin [13] l'âge moyen des patients était de $47,2 \pm 16,8$ ans et une tranche d'âge de 30 à 59 ans. Cette différence trouve son explication dans le fait que la population est de plus en plus vieillissante en France, alors qu'elle est jeune dans notre contexte.

Les élèves et étudiants [36,5%], les femmes au foyer (33,7%) étaient plus représentés dans notre étude. Sproudhis et al [15] ont trouvé que 21,2% des patients avaient un niveau d'études supérieures et 62,5% vivaient en couple. Ces fréquences élevées observées dans notre étude et celle de Sproudhis pourraient s'expliquer par le stress et l'émotion dans la vie scolaire et sociale mais aussi les tensions possibles dans le foyer, car 54,8% de nos patients étaient mariées.

Les signes fonctionnels les plus fréquemment retrouvés étaient la douleur abdominale (97,1%), le ballonnement (51,9%), et la constipation (45,2%). Plusieurs patients avaient des signes fonctionnels associés, ainsi l'association la plus rapportée était la constipation et douleur abdominale avec 43,3%.

Ces données sont superposables à celles de la littérature [6, 13, 16].

Les facteurs déclenchant la douleur abdominale étaient : le repas (84,2%) et le stress (9,9%).

Le ballonnement était lié au repas dans 75% des cas. Coffin et al [13] ont rapporté que la douleur abdominale était liée chez 19% des patients au repas et chez 26% au stress et le ballonnement abdominal était lié au repas chez 39,6% des patients.

Ces fréquences peuvent s'expliquer par les modes alimentaires et de vie différents dans ces populations.

Les facteurs calmant la douleur abdominale ont été l'émission de gaz chez 13,9% des patients et l'émission de selles chez 9,9% des patients.

L'émission de gaz soulageait 42,6% des patients en cas de ballonnement. Selon les données de la littérature les TFI ont pour particularité d'être soulagés lors des évacuations de gaz ou de selles.

Un état d'anxiété et de stress était présent chez nos patients avec respectivement 19,2% et 3,8%. Par contre Sproudhis et al [15] ont trouvé que 32,4% des patients prenaient régulièrement des anxiolytiques. Une perturbation de la qualité de vie était présente chez 36,5% de nos patients, la majorité d'entre eux étaient contraints à l'absentéisme. Cet état de fait a pour conséquences un faible rendement au travail et des répercussions socioéconomiques. Cette perturbation de la qualité de vie chez les patients souffrant de TFI est largement évoquée dans la littérature avec des répercussions psychosociales [17,18, 19].

La chronicité souvent désespérante des TFI et l'anxiété rendent les malades cancérophobes parfois, certains patients évoquent l'ensorcellement dans notre contexte.

La fréquence élevée de consultation médicale, de prise médicamenteuse et des examens paracliniques effectués rend compte d'une consommation importante des soins en médecine, avec comme conséquence une élévation de coûts de prise en charge.

Cette constatation est également rapportée par Dapoigny et al [6].

Cette élévation de coûts de prise en charge des TFI peut s'expliquer par la recherche constante de soins par les malades pour des troubles qui sont chroniques.

CONCLUSION & RECOMMENDATIONS

6- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Les TFI sont relativement fréquents dans la population active. La fréquence réelle de ce syndrome est cependant difficile à établir. En effet plusieurs malades ont été exclus de l'étude, car les examens permettant d'éliminer une cause organique n'étaient pas accessibles.

Leur fréquence élevée retrouvée dans le sexe féminin peut s'expliquer par le caractère émotif de la femme, le stress était un facteur déclenchant possible des troubles.

Bien que ces troubles soient chroniques et bénins les malades doivent faire l'objet d'un examen clinique attentif, car une affection organique peut survenir par simple coïncidence. Toute modification de la symptomatologie doit nécessiter des explorations spécifiques.

La chronicité des troubles engendre des répercussions économiques et socioprofessionnelles avec des absentéismes et une baisse de rendement au travail. En effet la plupart des malades ont des troubles depuis plusieurs années ayant nécessité plusieurs consultations avec des explorations et des traitements très souvent onéreux.

Au terme de cette étude nous recommandons :

- ✓ La formation du personnel pour une meilleure prise en charge, surtout psychologique de ces TFI.
- ✓ La sensibilisation et l'éducation des patients à consulter un spécialiste et à éviter une automédication.
- ✓ La sensibilisation des patients à souscrire à une assurance maladie car la prise en charge de cette pathologie est onéreuse.
- ✓ Une sensibilisation des tradithérapeutes pour une référence précoce des malades.

REFERENCES

7. RÉFÉRENCES

1. Thompson WG, Longstreth GF, Drossman DA, Heaton KW, Ivrine EJ, and Miller-Lissner SA.
Function bowel disorders and functional abdominal pain.
Gut 1999; 45:43-47.
2. Drossman DA.
The functional gastro intestinal disorders and the Rome II process.
Gut 1999; 45: 1-5.
3. Lydiard RB.
Increased prevalence of functional gastro intestinal disorders in panic disorder.
Clinical and theoretical implications.
CNS Spector 2005; 10: 857.
4. Frexions I, Denis, Allemand H, Allouche S, Los F, Bonnelye G.
Etude descriptive des symptômes fonctionnels digestifs dans la population générale française.
Gastroenterol Clin Biol 1998; 22: 785-91.
5. Bergmann J-F.
Troubles fonctionnels intestinaux : soigner sans comprendre et traiter sans guérir ?
Gastroenterol Clin Biol 2003; 27: 263-264.

6. Dapoigny M, Dyard F, Grimaud JC, Guyot P.
Troubles fonctionnels intestinaux et consommation des soins.
Gastroenterol Clin Biol 2003; 27: 265-271.

7. Dapoigny M.
Troubles fonctionnels intestinaux.
Rev prat 1999 ; 49 : 1559-1564.

8. Beaufour Ipsen.
Troubles fonctionnels intestinaux en pratique quotidienne de gastroenterologie.
Ref. 26.00.239-06/03.

9. Camara BM.
Problématique des troubles fonctionnelles digestifs en Afrique.
Rev int sci Med 2000; 2 (1): 168-172.

10. Frexinos J, Buscail L.
Troubles fonctionnels intestinaux-Gaz intestinaux.
HepatoGastro-enterologie proctologie, collection pour le praticien.
Paris: Masson, 2005: 341-348.

11. Thompson XG, Heaton KW, Smyth GT, Smyth C.
Irritable bowel syndrome: the view from general practice.
Eur J Gastroenterol Hepatol 1997; 9: 689-92.

12. Naveau S, Banlian A, Perlemuter G, Gerolami R, Vons C.
Hépatogastroenterologie connaissances et pratique.
Paris : Masson, 2003 : 294-301.

13. Coffin B, Dyard F.

Fréquence des symptômes et facteurs déclenchants chez des patients adultes ayant des troubles fonctionnels intestinaux.

Suppl à la lettre de l'hépatogastroentérologue 2005; vol.VIII : 14-17.

14. Ismail R, Tahiri M, Cherkaoui A.

Troubles Fonctionnels Intestinaux.

Esp Med 2003 ; 10 :253-257.

15. Siproudhis L, Delvaux M, Chaussade S, Charles F.

Relation médecin-malade dans le syndrome de l'intestin irritable.

Gastroenterol Clin Biol 2003; 26: 263-264.

16. Coffin B, Roussey G, Renard M, Dyard F.

Alimentation et syndrome de l'intestin irritable.

Actu Gastroenterol 2004; 18: 1-2.

17. Coffin B, Dapoigny F, Cloarec D, Comet D, Dyard F.

Relationship between severity of symptoms and quality of life in 858 patients with irritable bowel syndrome.

Gastroenterol Clin Biol 2004; 28: 11-15.

18. Chang L.

Epidemiology and quality of life in functional gastro-intestinal disorders.

Aliment Pharmacol Ther. 2004; 20suppl7: 31- 9.

19. Wicki W, Angst J.

Functional stomach and intestinal complaints in young adults: incidence, follow-up, personality and psychosocial factors.

Psychother Psychosom Med psychol 1993; 43 : 36.

20. Cloarec D.

Efficacité du Dicetel 100mg au cours des troubles fonctionnels intestinaux.

Rev française de Gastroenterologie 1997 ; (324-325) : 1-4.

21. Bardou M, Borotto E.

Troubles fonctionnels intestinaux.

EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Gastroentérologie, 9-058-A-10, 1997

22. Si JM, Yu YC, Fan YJ, Chen SJ.

Intestinal microecology and quality of life in irritable bowel syndrome patients.

World J Gastroenterol 2004; 10: 1802-5.

23. Campo JV, Bridge J, Lucas A, Savorelli S, Walker L, Di Lorenzo C, Iyengar S, Brent DA.

Physical and emotional health of mothers of youth with functional abdominal pain.

Arch Pediatr Adolesc Med 2007; 161: 131-137.

24. Bak YT.

Diagnosis of irritable bowel syndrome

Korean J Gastroenterol 2006; 47: 120-4.

25. Guillemot F, Ducrotté P, Bueno L.

Prevalence of functional gastrointestinal disorders in a population of subjects consulting for gastroesophageal reflux disease in general practice.

Gastroenterol Clin Biol 2005; 29: 243-6

26. Bonaz B.

Visceral sensitivity perturbation integration in the brain-gut axis in functional digestive disorders.

J Physiol Pharmacol 2003; 54suppl 4: 27-42

27. Masand PS, Gupta S, Schwartz TL, Kaplan D, Virk S, Hameed A, Lockwood K.

Does a pre-existing anxiety disorder predict response to paroxetine in irritable syndrome?

Psychosomatics 2002; 43: 451-5.

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

Dossier n° :.....

Date de consultation/...../.....

I. IDENTIFICATION DU MALADE

Q1 Nom :.....

Q2 Prénom :

Q3 Age :.....

Q4 Sexe : M F

Q6 Ethnie :

Q7 Profession :

II. ANTECEDENTS :

- Autres :

- Q8 mode de vie :

III. INTERROGATOIRE

Q9 motif de consultation :

Q10 symptômes :

A- Douleur abdominale

Durée :

Mode évolutif : Permanent Intermittent

○ Type :

○ Siège :

○ Facteur déclenchant :

○ Facteur calmant :

B- Météorisme/Ballonnement abdominal

○ Durée :

○ Mode évolutif : Permanent Intermittent

- Facteur déclenchant :
- Facteur calmant :

C- Troubles du transit

a- Diarrhée : Oui Non

Caractère :

Horaire :

Fréquence des selles :

b- Constipation : Oui Non

Fréquence des selles :

c- Alternance diarrhée/constipation :

Q11 Circuit du malade :

- Nombre de consultations médicales :

- Type de traitement

 Médical

 Traditionnel

Q12 Perception par rapport à la qualité de vie :

.....

Q13 Le coût d'entretien :

IV. EXAMEN PHYSIQUE :

.....

V. EXAMENS COMPLEMENTAIRES

NB : OUI : fait NON : non fait

Q14 Examens biologiques :

a) Selles Pok Oui Non

Germes identifiés :

b) Coproculture Oui Non

Bactéries identifiées :

c) NFS :

d) VS :

e) CRP :

f) Calcémie :

g) Magnésemie :

Q15 Examens morphologiques

a) Anorectoscopie Oui Non

Résultat :

.....

b) Coloscopie Oui Non

Résultat :

.....

.....

c) Fibroscopie Oui Non

Résultat :

.....

d) Echographie abdominale Oui Non

Résultat :

.....

e) Scanner abdominal Oui Non

Résultat :

.....

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : KOUSSOUBE

Prénom : Seydou Amahiré

Titre de Thèse : Aspects Epidémiologiques et Sémiologiques des Troubles Fonctionnels Intestinaux dans les Centres de Santé de Référence à Bamako.

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie.

Secteur d'intérêt : Hepato-Gastro-Enterologie.

Résumé :

Le but principal de cette étude était d'évaluer les aspects épidémiologiques et sémiologiques des troubles fonctionnels intestinaux dans les centres de santé de référence de Bamako. Il s'agissait d'une étude transversale menée de Juin 2006 à Novembre 2006.

Pendant la période d'étude, 104 patients ont répondu aux critères d'inclusion sur 487 patients soit une fréquence de 21,35% de la population.

L'âge moyen était de $30,5 \pm 11,5$ ans, la tranche d'âge 16-26 ans prédominait avec 45,2%. Le sex-ratio était de 0,5 en faveur des femmes.

Les signes fonctionnels les plus fréquemment retrouvés ont été la douleur abdominale (97,1%), le météorisme abdominal (51,9%), et la constipation (45,2%).

La chronicité des troubles engendre des répercussions économiques et socioprofessionnelles avec des absentéismes et une baisse de

rendement au travail. En effet la plupart des malades ont des troubles depuis plusieurs années ayant nécessité plusieurs consultations avec des explorations et des traitements très souvent onéreux.

Mots clés : Troubles Fonctionnels Intestinaux, Centre de Santé de Référence, Bamako.

SIGNALYTIC FICHE

Name : Seydou Amahiré
Surname : KOUSSOUBE
Titre : Epidemiologic and Semiologic Aspects of Irritable Bowel Syndrome in Referral Centers of Bamako.
Town : Bamako
Country: Mali
Place: Library of Faculty of Medicine of Pharmacy and Odonto-Stomatologie.
Sector of Interest: Hepato-Gastro-Enterology

Summary :

The main goal of that study was to asses' epidemiologic and semiologic aspects of irritable bowel syndrome in referral centers of Bamako. It was six month transversal study from June to November 2006.

104 patients out of 487 were enrolled given inclusion criteria, with 21,35 % frequency.

The wean age was $30,5 \pm 11,5$ years.

Age between 16 to 26 years were predominant with 45,2 %.

Sex Ratio was 0,5 for female.

Abdominal pain (97,1%) ; Bloating(51,9%) and constipation(45,2%) were the common signs.

Given the long life of the disease there are some economic, social and professional repercussion, with absenteeism and low productivity.

This, most of the patients have disorder since many years, and have undergone many costly examination anal treatment.

Key words : Irritable Bowel, syndrome ; referral centers ; Bamako

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de nos chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

JE LE JURE