



Des antidépresseurs pour le syndrome du côlon irritable

Paul Fritsch MD CCFP Michael R. Kolber MD CCFP MSc Christina Korownyk MD CCFP

Question clinique

Les antidépresseurs améliorent-ils les symptômes du syndrome du côlon irritable (SCI)?

Résultats

Les antidépresseurs tricycliques (ADT) et les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) pourraient améliorer globalement les symptômes du SCI. Environ 55% des patients traités avec des ADT ou des ISRS verront une amélioration par rapport à environ 35% avec un placebo. Seuls les ADT ont soulagé la douleur abdominale chez près de 60% des patients en comparaison d'environ 30% chez ceux prenant un placebo. Les études portant sur les ADT ont signalé plus d'effets secondaires (étourdissements et sécheresse buccale) que les études sur les ISRS.

Données probantes

- La plus récente revue systématique incluait 18 ERC portant sur 1127 patients adultes (de 42 à 100% de femmes); le sous-type d'ADT n'était habituellement pas précisé. Les résultats tels que rapportés par les patients étaient présentés, lorsqu'ils étaient disponibles¹.
 - Douze ERC sur les ADT (787 patients) étudiaient l'amitriptyline, l'imipramine, la désipramine, la trimipramine, la doxépine et la nortriptyline contre un placebo sur une période de 6 à 12 semaines.
 - Une amélioration globale des symptômes du SCI était présente chez 57% des sujets par rapport à 36% avec le placebo (nombre de sujets à traiter [NST] de 5).
 - Le soulagement de la douleur abdominale se situait à 59% avec un ADT en comparaison de 28% avec un placebo (NST=4).
 - Des effets secondaires (principalement des étourdissements et la sécheresse buccale) étaient rapportés dans 36% des cas avec un ADT contre 20% avec un placebo (nombre nécessaire pour nuire de 7).
 - Sept ERC sur les ISRS (356 patients) s'intéressaient à la fluoxétine, à la paroxétine et au citalopram sur une période de 6 à 12 semaines.
 - L'amélioration globale des symptômes du SCI s'élevait à 55% pour les ISRS contre 33% pour le placebo (NST=5).
 - Le soulagement de la douleur abdominale était de 45% pour les ISRS et de 26% pour le placebo (aucune différence statistique).
 - Les effets secondaires se situaient à 37% pour les ISRS contre 27% pour le placebo (aucune différence statistique).

—Les données probantes étaient limitées en raison de la petite taille des échantillons, de la courte durée des études et d'un biais probable dans la publication. Les effets indésirables n'étaient pas signalés dans toutes les études.

- Les revues systématiques plus anciennes démontrent des résultats semblables^{2,3}.

Contexte

- Jusqu'à 5 millions d'adultes canadiens pourraient avoir des symptômes compatibles avec ceux du SCI⁴.
- Les lignes directrices canadiennes recommandent des ADT ou des ISRS, que les patients souffrent ou non de dépression ou d'anxiété⁵.
- Les données en faveur des antidépresseurs semblent plus probantes que celles portant sur les antispasmodiques⁶, les fibres⁴, un régime faible en FODMAP⁷ ou les probiotiques⁴.
- Le recours à des traitements plus récents est limité par leurs coûts (le linaclotide coûte 560 \$ pour 90 jours⁸ et la rifaximine 330 \$ pour 14 jours⁹) et par le manque de données sur leur innocuité à long terme¹⁰.

Mise en pratique

Le dosage de la concentration de calprotectine fécale pourrait aider à faire la distinction entre une maladie inflammatoire de l'intestin et le SCI¹¹; il semble rentable à un seuil de 100 µg/g¹².

Le choix de l'antidépresseur et du dosage peut se fonder sur les effets secondaires possibles. Il y a lieu d'envisager les ADT pour un SCI à prédominance diarrhéique, à prendre le soir (étant donné ses effets constipants et sédatifs). Pour le SCI où la constipation est prédominante, on peut envisager un ISRS à prendre le jour. Les doses variaient selon les études; il semble raisonnable de commencer par une faible dose et de l'augmenter lentement selon la réponse.

Le Dr Fritsch est résident en médecine familiale à l'Université de Calgary (Alberta). Le Dr Kolber est professeur et la Dr Korownyk est professeure agrégée, tous 2 au sein du groupe PEER au Département de médecine familiale de l'Université de l'Alberta à Edmonton.

Intérêts concurrents

Aucun déclaré

Les opinions exprimées dans Outils pour la pratique sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement le point de vue et les politiques du Collège des médecins de famille de l'Alberta.

Références

1. Ford AC, Lacy BE, Harris LA, Quigley EMM, Moayyedi P. Effect of antidepressants and psychological therapies in irritable bowel syndrome: an updated systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol* 2019;114(1):21-39.
2. Ruepert L, Quartero AO, de Wit NJ, van der Heijden GJ, Rubin G, Muris JWM. Bulking agents, antispasmodics and antidepressants for the treatment of irritable bowel syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;(8):CD003460.

3. Ford AC, Quigley EM, Lacy BE, Lembo AJ, Saito YA, Schiller LR et coll. Effect of antidepressants and psychological therapies, including hypnotherapy, in irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol* 2014;109(9):1350-65. Publ. en ligne du 17 juin 2014.
4. Fondation canadienne de la santé digestive [site web]. *Irritable bowel syndrome (IBS)*. Oakville, ON: Fondation canadienne de la santé digestive. Accessible à : <https://cdhf.ca/digestive-disorders/irritable-bowel-syndrome-ibs/what-is-irritable-bowel-syndrome-ibs/>. Réf. du 17 oct. 2019.
5. Moayyedi P, Andrews CN, MacQueen G, Korownyk C, Marsiglio M, Graff L et coll. Canadian Association of Gastroenterology clinical practice guideline for the management of irritable bowel syndrome. *J Can Assoc Gastroenterol* 2019;2(1):6-29. Publ. en ligne du 17 janv. 2019.
6. Bhargava A, Kolber MR. *Antispasmodics and peppermint oil: old news or breath of fresh air in managing irritable bowel syndrome*. Tools for Practice #229. Edmonton, AB: Collège des médecins de famille de l'Alberta; 2019.
7. Hackett C, Kolber MR. Low FODMAP diet. *Can Fam Physician* 2015;61:691.
8. *Products and pricing on the Alberta Blue Cross Drug Price List (ABCDPL)*. Edmonton, AB: ABC Benefits Corporation; 2020. Accessible à : https://www.ab.bluecross.ca/dbl/pdfs/ABCDPL_2020_02_04.pdf. Réf. du 1^{er} févr. 2020.
9. Alberta Health. *Rifaximin. Interactive Drug Benefit List*. Edmonton, AB: Alberta Health; 2020. Accessible à : <https://idbl.ab.bluecross.ca/idbl/load.do>. Réf. du 1^{er} févr. 2020.
10. Turner B, Kolber MR, Korownyk C. *Moving along the management of constipation predominant IBS—is it worth the cost?* Tools for Practice #189. Edmonton, AB: Collège des médecins de famille de l'Alberta; 2017.
11. Freeman K, Willis BH, Fraser H, Taylor-Phillips S, Clarke A. Faecal calprotectin to detect inflammatory bowel disease: a systematic review and exploratory meta-analysis of test accuracy. *BMJ Open* 2019;9(3):e027428.
12. Zhang W, Wong CH, Chavannes M, Mohammadi T, Rosenfeld G. Cost-effectiveness of faecal calprotectin used in primary care in the diagnosis of inflammatory bowel disease. *BMJ Open* 2019;9(4):e027043.

Cet article donne droit à des crédits d'autoapprentissage certifiés Mainpro+. Pour obtenir des crédits, rendez-vous à www.cfp.ca et cliquez sur le lien Mainpro+.

The English version of this article is available at www.cfp.ca on the table of contents for the April 2020 issue on page 265.

Les articles d'**Outils pour la pratique** dans *Le Médecin de famille canadien* sont une adaptation d'articles publiés dans le site web du Collège des médecins de famille de l'Alberta (CMFA) qui résument les données médicales probantes en insistant sur des questions particulières et des renseignements susceptibles de modifier la pratique. Les résumés du CMFA et la série dans *Le Médecin de famille canadien* sont coordonnés par le **D^r G. Michael Allan**, et les résumés sont rédigés conjointement par au moins 1 médecin de famille en pratique active et font l'objet d'une révision par des pairs. Vous êtes invités à faire part de vos commentaires à toolsforpractice@cfpc.ca. Les articles archivés sont accessibles sur le site web du CMFA : www.acfp.ca.