

PRISE EN CHARGE DU SYNDROME DE L'INTESTIN IRRITABLE PAR MÉSOTHÉRAPIE: ÉTUDE RÉALISÉE À PROPOS DE HUIS CAS.

DR NATHALIE FONTAINE

INTRODUCTION

DÉFINITION

Le syndrome de l'intestin irritable (SII) est un trouble fonctionnel multifactoriel, complexe, chronique, de sévérité variable, se caractérisant par des douleurs abdominales, une sensation de ballonnement ou de distension abdominale, une modification de la fréquence et de la consistance des selles. Les critères de Rome IV précisent cette définition: la douleur doit être présente au moins un jour par semaine dans les trois derniers mois, associée à au moins deux des points suivants:

-douleurs améliorées avec la défécation/ l'émission de gaz

-début associé avec une modification

*de la fréquence des selles

*de la consistance des selles

Plusieurs sous-types de SII peuvent être retrouvés: Constipé, Diarrhées, Mixte ou Non classé (Lacy *et al.*, 2016)

ÉPIDÉMIOLOGIE

La prévalence du SII dans la population générale est d'environ 15 %. Le sex ratio (femme/homme) est de 2 pour 1. Les premiers symptômes apparaissent le plus souvent avant l'âge de 35 ans pour environ la moitié des personnes. De plus, des études ont montré que les patients ayant des antécédents familiaux de SII présentent un risque accru de développer la maladie. Il n'est pas clair si l'influence des antécédents familiaux sur le risque de SII est liée aux gènes, à des facteurs communs dans l'environnement d'une famille voire les deux.

DIAGNOSTIC DES TFI

Les douleurs abdominales chroniques posent au clinicien un problème diagnostique complexe. Devant un patient présentant des douleurs abdominales chroniques, avec anomalies du rythme et /ou de la consistance des selles, il convient toujours d'éliminer une pathologie digestive organique, le diagnostic de TFI étant toujours un diagnostic d'élimination. Ceci étant, les critères diagnostics de Manning ont été validés (Cayley *et al.*, 2005). Ils permettent le diagnostic positif de TFI dès lors qu'ils sont présents pour trois d'entre eux (sensibilité 66-90%, spécificité: 61-93%)

Critères de Manning:

Douleurs abdominales:

A type de contraction, parfois de tension intolérable ; elles siègent habituellement au niveau des fosses iliaques gauche (parfois droite), ou le long du cadre

colique, diffuses, parfois migratrices. Elles peuvent également irradier vers le rachis lombaire, ou encore être décrites, en barre dans la région ombilicale ou péri-ombilicale. Elles surviennent habituellement en période post-prandiale mais peuvent-être aussi matinales (douleur réveil-matin), rarement nocturnes. Elles évoluent pendant un temps variable, de quelques heures à quelques jours. Elles sont augmentées par les repas copieux, le stress, l'anxiété, la fatigue physique et améliorées par la détente, le repos et les vacances.

Douleurs soulagées par la défécation, l'émission de gaz

Les ballonnements intestinaux sont très fréquents au cours de la colopathie. Ils peuvent être généralisés à tout l'abdomen, ou localisés à un angle colique, allant de la simple gêne post-prandiale à une distension douloureuse très violente souvent renforcée par une sensation d'angoisse.

Selles plus fréquentes, avec douleurs

Selles peu moulées, avec douleurs

La constipation plus ou moins douloureuse, peut-être entrecoupée de débâcles de fausses diarrhées spontanées (hypersécrétion réactionnelle à la stase fécale) ou de débâcles après la prise de laxatifs. Les diarrhées sont d'allure hypoélectrolytiques indolores à prédominance matinale ou post prandiale, avec parfois incontinence ou diarrhées motrices.

Mucus dans les selles

Sensation d'évacuation incomplète après une selle

PHYSIOPATHOLOGIE

La physiopathologie des TFI est complexe, incomplètement appréhendée, expliquant en partie les différents tableaux cliniques, même atypiques

LES DOULEURS:

- Par dysfonction des communications entre les systèmes nerveux centrale (SNC) et le système nerveux entérique ou "axe cerveau-intestin"

L'axe «cerveau-intestin» désigne l'ensemble des voies nerveuses qui relient le plexus myentérique (véritable «cerveau intestinal») et le SNC. Près de 80% de ces neurones sont des neurones sensitifs et les voies afférentes qui transmettent les informations du tractus digestif vers le SNC jouent un rôle important dans la régulation physiologique des fonctions digestives ainsi que dans certains états pathologiques dont les TFI.

Les causes de l'hypersensibilité viscérale (retrouvée chez au moins 60% des patients) qui caractérise les TFI

ont été rattachées à des anomalies observées au niveau des différents segments nerveux qui constituent l'axe cerveau intestin.

Les patients porteurs de ce type de pathologie présentent fréquemment une hypersensibilité viscérale qui se traduit par une perception accrue et pénible des phénomènes physiologiques normaux.

- Références:

La douleur référée est l'expression d'un trouble fonctionnel, témoin d'une souffrance viscérale au sens large. Elle emprunte les voies de conduction nerveuse sans que celles-ci soient pour autant le siège d'une pathologie propre. La douleur référée s'explique par la convergence sur les neurones spino-thalamiques d'informations provenant de la peau, des muscles, des tendons, des ligaments ou des viscères. Un même segment médullaire reçoit des informations de la peau et des viscères. Ainsi, l'information viscérale sera «faussement» interprétée comme provenant du dermatome correspondant (Estève-Lopez *et al.*)

LES TROUBLES DE LA MOTRICITÉ DIGESTIVE

Des troubles moteurs ont été décrits au niveau de l'intestin grêle et du côlon. Au niveau de l'intestin grêle, ils concernent à la fois la motricité inter-digestive et post-prandiale. Dans le côlon, ils s'observent surtout après la prise d'un repas (réponse motrice colique à l'alimentation diminuée). Cependant, un tiers des patients souffrant de TFI n'ont aucune perturbation de la motricité intestinale.

Cette physiopathologie complexe et encore non totalement connue explique que les thérapeutiques proposées à ces patients soient souvent symptomatiques avec une efficacité médiocre. Le traitement repose donc sur la prescription:

- d'antispasmodiques, antidiarrhéiques, régulateurs du transit, probiotiques...

- de règles hygiéno-diététiques: alimentation équilibrée et supplémentation en fibres alimentaires (son), boisson abondante, activité physique régulière...

Face à ces difficultés à prendre en charge les patients souffrant de TFI, il nous a paru pertinent de préciser la place de la mésothérapie dans la prise en charge du SII.

LE STRESS

Le stress, notion introduite par Hans Selye, a été clairement identifié comme facteur de risque de développer des troubles fonctionnels intestinaux (TFI) avec une plus grande vulnérabilité chez les patients présentant des modifications psychologiques à type de troubles anxio-dépressifs, troubles de la personnalité de type obsessionnel. Le stress se manifeste alors par un état de tension intérieure avec manifestations cliniques psychiques, physiques et tensions musculaires et/ou viscérales (Bonet *et al.*, 2008).

OBJECTIF DE L'ÉTUDE

Ce travail a pour but d'évaluer l'effet de la mésothérapie chez 8 patients présentant tous des troubles fonctionnels intestinaux.

Le diagnostic a été posé de façon certaine, avec des facteurs déclenchant de crises bien identifiés mais fluctuants d'un patient à l'autre. Ces patients étaient tous insuffisamment soulagés par les moyens conventionnels qu'il s'agisse de moyens pharmacologiques, de médecine adjuvantes (principalement l'ostéopathie, l'hypnose, l'acupuncture, la prise en charge par psychologie cognitivo-comportementale) voire pour une patiente le recours à un magnétiseur.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

CRITÈRES D'INCLUSION

Seuls les patients dont le diagnostic de TFI avait été posé de façon certaine par des médecins hépato-gastro-entérologues après examen clinique soigneux, examens complémentaires biologiques et endoscopiques normaux ont été inclus. Ces patients étaient insuffisamment soulagés par les thérapeutiques conventionnelles justifiant leur prise en charge par mésothérapie. Ont été retenus des patients dont la douleur était présente au moins un jour par semaine dans les trois derniers mois associée à au moins deux des points suivants:

-douleurs améliorées avec la défécation / l'émission de gaz

-début associé avec une modification

*de la fréquence des selles

*de la consistance des selles

En l'absence de toute pathologie organique intestinale.

CRITÈRES D'EXCLUSION

Les sujets qui souffrent d'une autre pathologie gastro-intestinale organique.

Les sujets qui utilisent une thérapeutique concomitante aux injections allopathiques par mésothérapie (médicaments, psychothérapie cognitive et comportementale, hypnose, acupuncture, ostéopathie...)

Les sujets qui présentent une pathologie neurologique avec troubles cognitifs et les patients atteints d'une pathologie psychiatrique

CRITÈRE DE JUGEMENT PRINCIPAL

Le critère de jugement principal étudié est la douleur abdominale quantifiée et évaluée à l'aide de l'Echelle Visuelle Analogique (EVA): douleur légère (0 à 3); douleur modérée à intense (4 à 7); douleur très intense (8 à 10)

CRITÈRES DE JUGEMENT SECONDAIRES

Quatre critères de jugement secondaires, correspondant aux autres symptômes les plus fréquemment rencontrés chez les patients se plaignant de TFI ont été retenus:

- Symptômes moteurs (constipation, diarrhée, sensation d'évacuation incomplète après une selle): amélioration nulle, faible, moyenne, satisfaisante.

- Symptômes gazeux (ballonnement, sensation de distension abdominale) amélioration nulle, faible, moyenne, satisfaisante.

- Retentissement sur la qualité de vie (plan socio-professionnel): retentissement faible, modéré, important,

invalidant.

- Retentissement sur le stress (échelle de stress définie par l'échelle ADP du Dr D. Mrejen): score entre 0 et 10 (0 absence de stress-10: stress maximal)

POPULATION ET MATÉRIELS POUR LA RÉALISATION DES SÉANCES DE MÉSOTHÉRAPIE

Population

Cinq patients étaient originaires d'Amiens et trois de Senlis.

N°1: Femme de 33 ans, infirmière. La patiente souffre de TFI depuis 10 ans. Les thérapeutiques à type d'antalgiques de palier 1, 2 et 3; de phloroglucinol, de diosmectite, de métopimazine ainsi...que le recours à un magnétiseur ont été faiblement efficaces sur sa symptomatologie digestive. La patiente avait exclu de son alimentation le lactose et avait identifié le lait et le stress comme facteurs déclenchant ses douleurs abdominales qui étaient retrouvées à une fréquence hebdomadaire avec un retentissement important sur sa vie socio-professionnelle.

N°2: Femme de 57 ans, hôtesse de caisse. La patiente se dit stressée (échelle de Mrejen 6) Elle souffre de TFI depuis 20 ans. L'efficacité des antalgiques de palier 1, le phloroglucinol, la mébévérine, l'actapulgite et l'ostéopathie a été globalement nulle. La patiente avait exclu de son alimentation les fibres. Les épisodes de TFI étaient retrouvés toutes les semaines et le retentissement socio-professionnel de ces derniers était modéré.

N°3: Femme de 24 ans, étudiante en droit. La patiente se dit stressée (échelle de Mrejen 7) Elle souffre de TFI depuis 6 à 8 mois. L'efficacité des traitements par phloroglucinol, trimébutine, magnésium, laxatifs osmotiques et par l'ostéopathie a été globalement nulle. La patiente avait un régime végétarien. Elle avait identifié le stress comme un facteur déclenchant de ses TFI avec une symptomatologie de ces derniers quotidienne et un retentissement sur sa vie socio-professionnelle important.

N°4: Homme de 44 ans, cadre supérieur, se dit stressé (échelle de Mrejen 8). Le patient présente des TFI depuis 3 ans. L'efficacité des traitements par antalgiques de palier 1 et 2, phloroglucinol, trimébutine et par l'ostéopathie a été globalement nulle. Le patient avait exclu de son alimentation le gluten et le lactose, ayant identifié ces derniers et les repas copieux comme des facteurs déclenchant ses troubles digestifs. Le patient évoquait un retentissement socio-professionnel invalidant et ses troubles digestifs étaient quotidiens.

N°5: Homme de 53 ans, sans emploi. Le patient présentait des TFI depuis environ 15 ans. Ce patient était, de plus, diabétique avec des complications neurologiques à type de neuropathie. Les traitements par phloroglucinol, mébévérine et diosmectite avaient été globalement de faible efficacité. Aucun facteur déclenchant les TFI n'avait été identifié mais le patient relatait un retentissement social important de sa symptomatologie avec des

troubles quotidiens.

N°6: Femme de 24 ans, professeur des écoles. Cette patiente souffre de TFI depuis 1 an. L'efficacité des traitements par antalgiques de palier 1 et 3, phloroglucinol, Amitriptyline, IPP et probiotiques a été globalement nulle. La patiente avait exclu de son alimentation le lactose. Le stress était le facteur déclenchant clairement identifié à ses troubles qui étaient hebdomadaires avec un retentissement socio-professionnel invalidant

N°7: Femme de 69 ans, retraitée. La patiente souffrait de TFI «depuis toujours»... et ne se souvient pas des traitements antalgiques déjà initiés...Elle peut seulement préciser que l'ostéopathie, l'acupuncture et l'hypnose ont eu une efficacité globalement nulle sur sa symptomatologie. Seuls les repas copieux comme facteur déclenchant avaient été identifiés et cette patiente évaluait le retentissement de sa symptomatologie hebdomadaire sur sa vie sociale comme important avec des troubles hebdomadaires.

N°8: Femme de 36 ans: se dit stressée (échelle de Mrejen 9). La patiente présente des TFI depuis 10 à 12 mois. L'efficacité des traitements par phloroglucinol, trimébutine, mébévérine, diosmectite, laxatifs osmotiques et stimulants, magnésium et thérapie cognitivo-comportementale était globalement nulle. La patiente avait auto-exclu de son alimentation le gluten. Les seuls facteurs déclenchants identifiés étaient le stress et la patiente évoquait un retentissement socio-professionnel invalidant, compte-tenu du fait que ses troubles digestifs étaient quotidiens.

Pour la réalisation des séances de mésothérapie

- plateaux de préparation
- haricots pour jeter les ampoules et le matériel coupant
- collecteur d'aiguilles
- seringues de 10ml
- aiguilles de prélèvements des médicaments à injecter et aiguilles de mésothérapie: 4mm X 0,29mm pour le nappage et 13mm X 0,29mm pour les injections en DHD et en IED.
- gants non stériles
- matériels pour désinfection cutanée : compresses non stériles et Biseptine
- produits utilisés pour injections: Lidocaïne 1%, Pidolate de magnésium, Phloroglucinol, Amitriptyline.

MÉTHODES

Mélange principal

- Lidocaïne 1% : 2cc
- Pidolate de magnésium : 2cc
- Phloroglucinol : 2cc

Zones et techniques d'application:

- Point par point DHD: 6 points plexus primaire (sous appendice xyphoïde, sus-ombilical, au milieu des deux, sous ombilical, sus-pubien, entre les deux)
- Epidermique IED ou nappage IDS: cadre colique

Rythme des séances:

J1, J8, J14, J28 et à la demande en fonction de l'évolution (Bonnet *et al'*, 2008) pour 3 patients, J1, J8, J14,

J21, J35 pour 1 patient; J1, J14, J35 pour 1 patient; J1, J8, J14, J35 pour 1 patient; J1, J8, J14, J21, J28, J35 pour 1 patient et J1, J8 et J14 pour 1 patient.

Mélange pour la réalisation du Mésostress

Lidocaïne 1%: 2cc

Pidolate de magnésium: 2cc

Amitriptyline: 1cc

Zones et techniques d'application:

Plexus solaire, 4^e espace intercostal, partie médiane du faisceau superficiel du sternocléidomastoïdien, articulation temporo-mandibulaire, angle interne du sourcil, zone temporale, droite et gauche, 3 points sur le triangle occipital, 3 points sur le triangle médio crânien.

Epidermique IED ou nappage IDS sur cellulopathies. Point par point IDP sur point douloureux.

Rythme des séances:

J1, J8, J14, J21, J28, J35 en fonction de l'évolution sans forcément que les patients aient suivi les recommandations édictées quant au rythme recommandé des séances à pratiquer. (Bonet *et al.*, 2008)

Le rythme des séances a été le même que celui réalisé pour les injections du mélange principal

Les séances de mésothérapie doivent s'inscrire dans une prise en charge globale du patient notamment le respect de règles hygiéno-diététiques (activité sportive, bonne hydratation, régime alimentaire équilibré et diversifié, pauvre en FODMAP ((hydrates de carbone à chaînes courtes fermentables, oligosaccharides, disaccharides, monosaccharides and polyols), consommation d'alcool modérée, éviction du tabac.

Nous avons rempli une fiche lors de la première consultation mentionnant: sexe, âge, antécédents, début des symptômes, thérapeutiques déjà utilisées, facteurs déclenchant la douleur, fréquence des épisodes, retentissement socio-professionnel, douleurs abdominales, symptômes moteurs et gazeux, évaluation du stress. Au cours des séances suivantes, les symptômes ont été à chaque fois réévalués ainsi que les critères de jugement principal et secondaires avant les injections et les résultats ont été retranscrits sur la même fiche patient.

IV RESULTATS / V DISCUSSION

Au total, 8 patients âgés de 24 à 69 ans ont été sélectionnés. Le nombre de patients n'a pas été plus important en raison des critères de sélection stricts que nous avons retenus pour notre étude.

Sexe: Parmi ces 8 patients, on retrouvait 6 femmes et 2 hommes.

Âge: Les troubles ayant débuté entre l'âge de 23 et de 41 ans. Seule une patiente n'a pu préciser l'anamnèse des faits et se disait atteinte de TFI depuis «toujours»... Ces résultats indiquent une forte prédominance dans la population féminine. Ceci est en corrélation avec de nombreuses études épidémiologiques qui s'accordent à dire que ces troubles sont deux fois plus fréquents chez la femme que chez l'homme avec une prévalence d'environ 15%. (En France, plus de 9 millions de personnes souffriraient de troubles fonctionnels intestinaux). Le

syndrome de l'intestin irritable s'observe à tous les âges de la vie y compris chez le jeune enfant mais le plus souvent, la symptomatologie débute entre 20 et 60 ans.

Enjeux sociaux et économiques: Le SII représente 50% des consultations en gastro-entérologie avec un retentissement économique certain (absentéisme, examens complémentaires, médicaments). Il constitue donc, en dépit de sa bénignité, un véritable problème de santé publique.

Prise en charge Pharmacologique: Parmi les 8 patients inclus dans notre étude, 7 avaient bénéficié des thérapeutiques recommandées dans la prise en charge des TFI, à savoir des médicaments visant à soulager les douleurs abdominales et à améliorer les troubles du transit essentiellement. Trois patients seulement retrouvaient une efficacité faible de ces dernières et pire encore, 5 d'entre eux disaient que les traitements prescrits avaient une efficacité nulle avec plutôt, *à priori* une bonne observance thérapeutique. Les résultats de notre étude corrélaient les données de la littérature, en particulier ceux obtenus dans une méta-analyse de la Task Force nord-américaine (Ford *et al.*, 2014) retrouvant une efficacité modeste des antispasmodiques (en précisant que certaines options thérapeutiques disponibles en France mais pas aux USA (phloroglucinol notamment) n'ont pas été évaluées. Les options thérapeutiques pharmacologiques actuelles ne permettent donc pas de soulager efficacement les malades.

Régime alimentaire: Concernant les facteurs déclenchant les crises, ils étaient assez bien identifiés par les patients avec une hétérogénéité importante. Le lait étant retrouvé chez 2 patients, le gluten pour 1 patient, les fibres pour 1 patient, les repas copieux pour 2 patients et le stress pour 4. Seul 1 patient n'avait pu identifier de facteur déclenchant sa symptomatologie. De plus, les règles hygiéno-diététiques adjuvantes recommandées ont été peu suivies. Certains patients déséquilibrant totalement leur régime alimentaire en évinçant même le lactose (3 patients) et/ou le gluten (1 patient). Or, les données de la littérature ne recommandent une éviction du lactose que chez les patients présentant une malabsorption vraie au lactose (démontrée par une biopsie jéjunale ou un test respiratoire après charge en lactose). L'éviction est d'autant moins justifiée chez les patients non intolérants que les patients ayant une authentique malabsorption tolèrent un apport quotidien de l'ordre de 12g/j (soit deux tasses de lait). Concernant l'auto-éviction du gluten, le patient n°4 de notre étude n'avait pas constaté de réelle amélioration de sa symptomatologie digestive dans les suites de ce régime mais se disait «encore plus malade» lorsqu'il consommait du gluten.... Ces résultats sont à nuancer puisque des études déjà menées ont conclu que la consommation de gluten n'aggrave pas les douleurs abdominales ni la symptomatologie motrice ou gazeuse de ces patients plus que le placebo apportant donc des arguments contre un rôle nocif du gluten dans les TFI (Halmos *et al.*, 2014).

Habitus et mode de vie: Sur les huit patients, 7 avaient

une hygiène de vie non satisfaisante (1 patient pratiquait une activité sportive deux fois par semaine contre 7 qui étaient sédentaires). Trois patients fumaient (entre 10 et 25 PA) et seulement 2 avaient une consommation d'alcool nulle. Trois consommaient de l'alcool occasionnellement avec même pour l'un deux une consommation excessive estimée à 100g lors des alcoolisations aiguës et pour les deux autres des consommations quotidiennes estimées entre 40 et 60g/j. Or, le traitement du SII repose avant tout sur une prise en charge globale incluant des mesures hygiéno-diététiques valables pour tout à chacun mais essentiels chez ces patients qui ont tendance déjà à instaurer des régimes parfois très restrictifs sur des intolérances supposées. On pourra retenir quelques règles générales d'hygiène alimentaire : repas à heures régulières, en ambiance sereine avec diminution de la ration calorique absorbée sous forme de graisses (Delveaux M, 2005).

Douleurs abdominales: Concernant l'évaluation du critère de jugement principal dans notre étude, à savoir la quantification de la douleur abdominale par l'EVA, la mésothérapie a montré son efficacité chez 7 patients sur 8 avec amendement total des douleurs pour 3 patients. Seul 1 patient avait vu son EVA inchangée. Rappelons que pour ce patient (n°5 dans notre étude), la symptomatologie douloureuse était «légère» en contradiction avec le retentissement social de la pathologie que le patient jugeait comme important. Ce patient présentait une neuropathie diabétique avec la description de douleurs diffuses plutôt d'aspect neurogène. Il est donc possible que ce patient ait eu du mal à faire une dissociation stricte entre les douleurs plutôt diffuses qu'il présentait et les douleurs d'origine abdominales *stricto sensu*.

On peut légitimement au-delà de ce premier constat s'interroger sur la variabilité individuelle de l'efficacité de la mésothérapie allant d'une amélioration légère à un amendement total des douleurs. Ceci peut s'expliquer par le simple fait que L'EVA est par définition subjective mais au-delà de cette explication simpliste, rappelons que le SII est une pathologie complexe et multifactorielle touchant une population très hétérogène de patients.

L'hypersensibilité viscérale, d'origine intestinale ou centrale, paraît être un élément déterminant, en amenant le patient à percevoir de façon pénible des influx sensitifs d'origine digestive qui parviennent au niveau des structures centrales d'intégration. Enfin, il semble exister une dysbiose intestinale à l'origine d'une activité métabolique différente de la flore intestinale, une modification du type et de la quantité des acides biliaires endoluminaux et une perméabilité paracellulaire intestinale accrue facilitant la survenue d'une inflammation de bas grade par mise en jeu des cellules immunocompétentes au contact des afférences sensitives contribuant à cette hypersensibilité.

De plus, dans notre étude comme dans celle réalisée par Sitbon *et al* en 2010, la mésothérapie apparaissait

comme une alternative thérapeutique très intéressante dans le traitement des troubles fonctionnels intestinaux chez des patients insuffisamment ou nullement soulagés par l'arsenal thérapeutique habituellement utilisé dans cette indication. Dans cette étude, la douleur était en diminution significative chez 64% de l'ensemble des patients traités.

Symptômes moteurs et gazeux: Concernant l'évaluation des critères de jugement secondaires, les symptômes moteurs (constipation, diarrhée, sensation d'évacuation incomplète après une selle) et gazeux (ballonnement, sensation de distension abdominale) la mésothérapie a montré son efficacité de façon satisfaisante pour 2 patients, de façon moyenne pour 4 et de façon faible pour 2.

La mésothérapie semble donc avoir un intérêt certain dans le traitement de la diarrhée au cours des TFI mais semble moins agir sur la constipation (1 seul patient soulagé de façon satisfaisante contre 2 concernant les diarrhées). Toutefois, même si les degrés d'efficacité de la mésothérapie sur le traitement des troubles moteurs ou gazeux étaient moindres, tous les patients avaient vu leur symptomatologie améliorée par la mésothérapie. Nos résultats sont assez bien corrélés avec ceux de Sitbon *et al.*, qui concluaient dans leur étude à une amélioration du transit chez 75% des patients. Enfin, tous les patients se plaignant de ballonnements intestinaux, avaient été au moins en partie soulagés par le traitement proposé.

Qualité de vie: Parmi les 8 patients, les TFI étaient fréquents: au moins une fois par semaine pour 3 d'entre eux et au moins une fois par jour pour les cinq autres avec un retentissement sur la qualité de vie de la symptomatologie modéré pour 1 patient, important pour 4 et invalidant pour 3. La qualité de vie est un concept large qui inclut la perception du patient par rapport à sa maladie et l'influence de celle-ci sur sa vie quotidienne (sociale, professionnelle...). Or, plusieurs facteurs augmentent cette influence de la maladie sur la vie quotidienne (dépression, anxiété...), antécédents d'abus sexuel ou physique, association à d'autres syndromes douloureux chroniques. La relation entre qualité de vie et sévérité des symptômes liés au SII a fait l'objet de plusieurs études, mais n'a pu être formellement démontrée dans la mesure où la réponse du patient aux questionnaires de qualité de vie est directement influencée par de nombreux facteurs autres que les symptômes et les conséquences de la dysfonction sensori-motrice digestive. On note cependant, une corrélation entre la baisse de la qualité de vie et les patients atteints de TFI avec diarrhées chroniques qui interfèrent fortement avec la qualité de vie des patients (Delveaux M, 2005)

Stress: Enfin, la mésothérapie avait été efficace dans la prise en charge du stress chez tous les patients testés par l'échelle de Mrejen soit 6 patients sur 8 (échelle de stress non évaluée pour 2 patients). En effet, le rôle du stress a aujourd'hui bien été identifié dans le développement du SII mais également comme cible thérapeu-

tique de ce dernier: ce que nous nous sommes attachés à faire *via* la technique du mésostress. La perception d'un stress induit la production de Corticotropin-Releasing-Factor (CRF) que beaucoup considèrent comme le «médiateur du stress». Le CRF stimule l'axe hypothalamo-hypophysio-surrénalien, ce qui conduit à la libération plasmatique d'adrénocorticotrophine (ACTH) puis de cortisol. Le CRF hypothalamique stimule également le système nerveux autonome par le biais de relais pontiques. Or, des dysfonctionnements du système nerveux sympathique ont été observés chez des patients atteints de TFI avec diarrhées prédominantes et des dysfonctionnements du système parasympathique chez les patients atteints de TFI avec constipation prédominante. C'est par ce dernier mécanisme que le stress exerce ses effets sur le tube digestif (Taché *et al.*, 2007). Une hypersensibilité viscérale peut se développer après un stress, ce qui pourrait s'expliquer par les troubles de la perméabilité digestive d'une part et par une sensibilisation centrale d'autre part. Il est à noter que le tube digestif exprime également le CRF et ses récepteurs. Ceux-ci sont probablement à l'origine comme le CRF central de la réponse au stress extéro et intéroceptif (Taché *et al.*, 2007)

Par ailleurs, le stress psychologique aigu altère également la perméabilité intestinale en induisant la dégranulation mastocytaire muqueuse (Vanuytsel *et al.*, 2014) Sur le plan thérapeutique, les antidépresseurs ont été proposés depuis de nombreuses années dans le traitement des patients atteints de TFI. A des doses quotidiennes inférieures à celles prescrites dans la dépression elle-même, il a été démontré que les antidépresseurs ralentissent la motricité viscérale. A la dose de 50mg/j, l'Amitriptyline apporte une amélioration des symptômes du SII et élèverait les seuils de perception de la distension rectale. Ainsi, à ces doses, l'Amitriptyline apporte une rémission des symptômes digestifs dans 81% des cas et à la dose de 25 à 75 mg/j, l'Amitriptyline s'est révélée plus efficace que le placebo pour le traitement des douleurs abdominales et des troubles du transit chez les patients atteints de SII (Delveaux M, 2005). C'est la raison pour laquelle le traitement antistress par mésothérapie présente un intérêt tout particulier. Il permet en effet de supprimer la prise *Per Os* de ces substances antidépresseurs à l'origine souvent d'effets indésirables notoires.

Il est important de noter que le traitement par mésothérapie doit s'intégrer dans une prise en charge globale du patient incluant l'utilisation d'alternatives non pharmacologiques telles que les thérapies cognitivo-comportementales, la méditation, la sophrologie et surtout l'hypnothérapie. Elles ont en commun de diminuer la réponse neuroendocrine au stress ainsi que l'activation de zones cérébrales (amygdale, tronc cérébral...) spécifiquement activées au cours du stress. Elles s'accompagnent également d'une élévation des seuils de réaction douloureuse à la distension digestive en offrant de plus l'avantage d'induire une amélioration symptomatique

souvent pérenne dans le temps en même temps qu'elles diminuent les niveaux d'anxiété et de dépression rapportés par les patients qui deviennent alors acteurs de leur prise en charge.

VI CONCLUSION

Le syndrome de l'intestin irritable est un trouble fonctionnel multifactoriel chronique et complexe représentant un motif fréquent de consultation en médecine générale et en gastroentérologie. En dépit de sa bénignité, il représente un véritable enjeu de santé publique. Malheureusement, la prise en charge, notamment pharmacologique proposée à ces patients ne permet pas de leur apporter une réponse satisfaisante d'une part sur leurs douleurs et d'autre part sur la symptomatologie motrice et gazeuse, le retentissement sur leur qualité de vie et sur leur stress.

Notre étude a mis en évidence que les médecins disposaient, grâce à la mésothérapie, d'une autre alternative thérapeutique beaucoup plus efficace que les traitements conventionnels utilisés tant sur l'amélioration des douleurs abdominales, de la symptomatologie motrice et gazeuse, de la qualité de vie et du stress. Cette thérapeutique trop méconnue, est d'autant plus intéressante qu'elle peut s'appliquer à tous les patients puisqu'il n'y a pas de contre-indication à son utilisation et peu d'effets indésirables. Elle est de plus très facile à mettre en œuvre et peu coûteuse. Nous nous devons, pour le bien des patients, de démocratiser cette technique.

RÉFÉRENCES

- Bonnet Christian, Laurens Denis and Perrin Jean-Jacques. *Guide pratique de mésothérapie*. Ed Masson, Août 2008, p 258.
- Bonnet Christian, Laurens Denis and Perrin Jean-Jacques. *Guide pratique de mésothérapie*. Ed Masson, Août 2008, p 54
- Cayley William E Jr. Irritable bowel syndrome. *British Medical Journal*. 2005 March 17; 330-632.
- Estève-Lopez Bruno, Jeanmaire Yves. *La mésothérapie métamérique: apports neurophysiologiques et neuroanatomiques*. MésoMet édition, p45
- Delveaux Michel. *Les douleurs abdominales en question: rôle physiologique de la sensibilité viscérale*. Ed Springer, 2005: p73
- Delveaux Michel. *Les douleurs abdominales en question: rôle physiologique de la sensibilité viscérale*. Ed Springer, 2005: p71-72
- Delveaux Michel. *Les douleurs abdominales en question: rôle physiologique de la sensibilité viscérale*. Ed Springer, 2005: p85-86.
- Ford AC, Moayyedi P, Lacy BE *et al.* American College of Gastroenterology monograph on the management of irritable bowel syndrome and chronic idiopathic constipation. *Am J Gastroenterol* 2014; 109 (Suppl 1): S2-S26.
- Halmos EP, Power VA, Shepherd SJ, Gibson PR, Muir JG.

La revue de Mésothérapie

A diet low in FODMAP reduces symptoms of irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 2014; 146 (1): 67-65.

- Lacy BE, Mearin BF, Chang Lin, Chey William D, Lembo Anthony J, Simren Magnus and Spiller Robin, Bowel disorders. *Gastroenterology*. 2016; 150:1393-1407.

- Sitbon Jean-Claude, Sitbon Stéphane et Grozlan Yohan. *Troubles fonctionnels intestinaux et mésothérapie*, DIU de mésothérapie, université Paris VI, 2010.

- Taché Y, Bonaz B. Corticotropin-releasing factor receptors and stress-related alterations of gut motor function. *J. Clin Invest* 2007; 117 (1): 33-40.

- Vanuytsel T, Van Wanrooy S, Vanheel H et al. Psychological stress and corticotrophin-releasing hormone increase intestinal permeability in humans by a mast cell-dependent mechanism. *Gut*, 2014; 63 (8): 1293-9.