

Ballonnement abdominal chronique

Rédacteur : Philippe Ducrotté

Date : juin 2016

INTRODUCTION

Le ballonnement abdominal est un des symptômes fonctionnels digestifs les plus fréquents qui pourrait affecter près d'un Français sur deux (1) et la principale plainte digestive motivant une consultation en médecine générale.

Il demeure une situation clinique difficile sur le plan thérapeutique.

Aucun algorithme de prise en charge n'est actuellement validé.

Etape 1 : BIEN INTERPRETER LA PLAINTÉ

Le terme « ballonnement abdominal » correspond à la sensation subjective d'une distension abdominale principalement sous ombilicale ou de topographie plus large. Cette sensation est associée ou non à une distension abdominale objective.

Le mot « ballonnement » est utilisé par les patients lors de situations cliniques différentes :

- Les sujets en surpoids se plaignent souvent d'un « ballonnement » qui correspond à une pesanteur abdominale traduisant la gêne secondaire soit à l'élévation de la pression intra-abdominale liée au développement de l'adiposité abdominale, soit à l'infiltration graisseuse pariétale.
- « Ballonnement » correspond parfois à une gêne abdominale associée à des flatulences régulières et non contrôlables et peut être la traduction d'une forme débutante d'incontinence.
- Un ballonnement purement épigastrique décrit parfois une plénitude épigastrique post-prandiale et doit faire rechercher les autres symptômes d'un syndrome dyspeptique ou

d'une gastroparésie (satiété précoce, sensation de digestion lente, état nauséux, vomissements...) qui demandent une prise en charge spécifique.

Etape 2 : Existe-t-il une étiologie organique à ce ballonnement ?

Une distension abdominale peut être secondaire à une affection organique telle qu'un obstacle chronique intestinal (en premier lieu un cancer colique), une malabsorption (maladie coeliaque notamment), une ischémie intestinale chronique, une ascite au stade initial de sa constitution.

Les examens complémentaires (coloscopie, gastroscopie avec biopsies, anticorps anti-transglutaminases...) sont dictés par l'orientation clinique.

Etape 3 : Le ballonnement apparaît fonctionnel

Aucun algorithme diagnostique ou thérapeutique n'est pour l'instant validé. Peu de médicaments, notamment les absorbants des gaz, ont clairement fait la preuve de leur efficacité. Seule la siméthicone a fait la preuve d'une certaine efficacité

La proposition de prise en charge de cette recommandation est basée sur nos connaissances actuelles de la physiopathologie du ballonnement qui peut aider dans les choix thérapeutiques.

⇒ *Le malade souffre-t-il d'une constipation ?*

Un transit colique lent ralentit le transit des gaz dans l'intestin grêle, tout particulièrement lorsque la constipation est distale. Traiter la constipation et voir l'effet de ce traitement sur le ballonnement est une attitude pragmatique logique. La réalisation d'un temps de transit des marqueurs peut être utile pour démontrer l'existence d'un transit colique ralenti.

Le ballonnement avec constipation s'inscrit souvent dans le cadre d'un syndrome de l'intestin irritable avec constipation. La prise en charge est alors celle de l'intestin irritable (voir fiche pratique).

⇒ *le malade produit-il des gaz en excès ?*

Il s'agit d'une minorité de malades mais des traitements sont possibles dans cette situation

- L'excès de gaz peut être la conséquence d'une pullulation microbienne endo-luminale qui résulte de troubles moteurs grêliques qui peuvent être favorisés notamment par un diabète, d'une perte anatomique ou fonctionnelle de la valvule iléo-caecale, d'une achlorhydrie ou peut-être de la prise chronique d'inhibiteurs de la pompe à protons à pleine dose. La démonstration d'une pullulation bactérienne repose sur la pratique d'un test respiratoire, après une charge par 50g de glucose (démonstration d'une pullulation par la mise en évidence d'un pic précoce d'hydrogène dans l'air expiré après ingestion de 50g de glucose) ou par un prélèvement duodéal protégé pour mise en culture. En l'absence de test, un traitement antibiotique test peut se discuter. Les principaux antibiotiques pouvant traiter une pullulation sont répertoriés dans le tableau ci-dessous. La rifaximine n'a pas l'AMM en France.

	Dose (mg/jour)
• Amoxicilline-Ac.clavulanique	500 x 3
• Ciprofloxacine	250 x 2
• Norfloxacine	400 x 2
• Métronidazole	250 x 2
• Néomycine	500 x 4
• Tétracyclines	250 x 4
• TMP-SM	
• Rifaximine	400 x 3

Quigley EMN Gastroenterology 2006;130:578-90

- L'excès de gaz peut être la conséquence d'une dysbiose qui favorise la production de gaz lors de la consommation en excès de certains sucres et alcools comme les FODMAPS (acronyme pour Fermentable Oligosaccharides, Disaccharides, Monosaccharides and Polyols). La recherche d'une malabsorption de certains de ces FODMAPs comme le fructose repose sur un test respiratoire pour rechercher une

production d'hydrogène ou de méthane après ingestion de 25g de fructose et la survenue d'une sensation de ballonnement lors de cette production. Ces tests sont peu disponibles, en dehors de centres spécialisés. La prescription empirique d'un régime appauvri en FODMAPs est également logique.

Dans cette situation, le recours à des probiotiques est une option que peuvent proposer les malades. Au cours du syndrome de l'intestin irritable, des essais cliniques ont suggéré que les probiotiques amélioreraient le symptôme ballonnement mais plusieurs questions demandent encore des réponses qui ne pourront être apportées que par des essais cliniques : quelle(s) souche(s) ? Quelle dose ? Quelle durée de traitement ?

⇒ *Lorsque le malade se plaint de ballonnement et que son abdomen est plat, le symptôme « ballonnement » peut être la traduction d'une mauvaise tolérance à la distension du fait d'une hypersensibilité viscérale ?*

Au moins 25 % des malades souffrant d'un ballonnement ont un abdomen plat à l'examen clinique, Dans cette situation, le rôle joué par l'hypersensibilité viscérale a été souligné avec la démonstration, dans ce sous-groupe de malades, d'un seuil d'inconfort à la distension plus bas que chez les ballonnés avec distension objective. L'hypersensibilité provoquerait la sensation de ballonnement en amenant les patients à ressentir de façon désagréable un volume normal de gaz abdominaux.

La recherche d'une hypersensibilité viscérale repose sur les techniques de distension rectale ou sigmoïdienne, par ballonnet, idéalement avec un barostat pour démontrer qu'un faible volume de distension déclenche une sensation d'inconfort, en dehors de toute anomalie des propriétés mécaniques du tube digestif. Ce test n'est disponible que dans des centres spécialisés. L'hypersensibilité viscérale n'est donc le plus souvent que suspectée, sa probabilité se trouvant renforcée par des symptômes associés comme, par exemple, un tableau de vessie douloureuse avec pollakiurie et besoins mictionnels impérieux sans infection urinaire.

Une suspicion d'hypersensibilité viscérale rend légitime un essai de traitement par antidépresseurs (tricycliques ou inhibiteurs de la recapture de la sérotonine), à faibles doses, non anti-dépressives, pendant au moins 2 mois. Le traitement peut être arrêté après 2 mois en l'absence d'amélioration. En cas d'échec, les alternatives sont les antiépileptiques à faibles doses, la gabapentine ou la prégabaline. L'alvéline a également des propriétés anti-nociceptives.

⇒ *Dans les autres situations, les résultats des travaux de perfusion intestinale du centre hospitalier de Barcelone suggèrent que le mécanisme du ballonnement est une rétention gazeuse liée à un transit des gaz ralenti (notamment dans le grêle).*

Chez les ballonnés, cette rétention gazeuse s'accompagne de variations limitées du périmètre abdominal, de l'ordre de 1 à 2cm. La sensation la plus intense est déclenchée par une rétention jéjunale. D'un point de vue mécanique, la rétention gazeuse peut être secondaire soit à un défaut de propulsion, soit à une résistance accrue à l'écoulement, qui aboutit à un inconfort abdominal plus net.

Dans cette situation les propositions thérapeutiques envisageables potentiellement efficaces sont :

- ◇ des conseils diététiques avec une réduction des apports quotidiens en lipides et en fibres qui ralentissent le transit gazeux,
- ◇ l'exercice physique (pédalage sur un vélo d'intérieur pendant 75 minutes avec des périodes d'effort de 5 minutes entrecoupées de périodes de repos de 3 minutes)

Le recours aux antispasmodiques (trimébutine, phloroglucinol...) est logique mais leur efficacité demande à être démontrée .

⇒ *Le ballonnement objectif est très important et d'installation brutale : envisager un dysfonctionnement des muscles de la sangle abdominale et/ou du diaphragme.*

Les études tomodensitométriques lors d'un épisode de ballonnement important déclenché par un repas ont révélé que, dans une telle circonstance, le volume des gaz intra-abdominaux était le plus souvent normal mais qu'il existait une redistribution postéro-antérieure des gaz avec saillie de la paroi abdominale antérieure, favorisée par une descente du diaphragme.

Des travaux basés une nouvelle fois sur la perfusion intestinale d'un mélange gazeux ont révélé l'existence d'un autre type de dysfonctionnement de la sangle abdominale chez les ballonnés : la perfusion gazeuse colique déclenche une relaxation inappropriée des muscles de la sangle abdominale (notamment du grand oblique) favorisant la protrusion antérieure de l'abdomen. Parallèlement, la relaxation insuffisante du diaphragme et des intercostaux favorise une sensation d'hyperpression abdominale.

Dans cette situation, les possibilités thérapeutiques sont très limitées. Une rééducation par biofeedback commence à se discuter.