

Thérapie cognitivo-comportementale pour les enfants atteints du syndrome du côlon irritable

Ashley Buffone | Ran D. Goldman MD FRCPC

Résumé

Question Un enfant atteint du syndrome du côlon irritable (SCI) s'est présenté à la clinique pour des symptômes gastro-intestinaux persistants comme principale raison de consulter. Les parents ont indiqué que les modifications alimentaires n'avaient pas amélioré l'état de leur enfant, et ils ne sont pas intéressés à ce qu'il reçoive des médicaments. La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est-elle efficace pour le traitement du SCI chez les enfants?

Réponse La TCC classique et ses sous-types, y compris la TCC en ligne et l'hypnothérapie pour le syndrome du côlon irritable, sont plus efficaces pour soulager la douleur et les symptômes gastro-intestinaux que le traitement standard ou l'absence de traitement chez les enfants et les adolescents atteints du SCI. Cette thérapie devrait être recommandée aux patients et aux parents.

Le syndrome du côlon irritable (SCI) est le trouble gastro-intestinal fonctionnel à douleur prédominante le plus répandu chez les enfants; il touche en effet entre 4,9 et 5,4% des enfants d'âge scolaire, et 8% des adolescents dans le monde^{1,2}. Les autres troubles gastro-intestinaux fonctionnels sont la douleur abdominale, la dyspepsie et les migraines abdominales². Le syndrome du côlon irritable est une affection chronique qui se répercute sur les activités de la vie quotidienne et la qualité de vie de l'enfant, et il persiste souvent à l'âge adulte^{1,3}. Il compte pour plus de 25% de toutes les consultations au service d'urgence pour douleur abdominale pédiatrique, mais dans la plupart des cas, il n'y a pas de cause organique identifiable². L'affection est diagnostiquée à l'aide des critères de Rome IV et se définit par une douleur abdominale qui sévit au moins une fois par semaine pendant au moins 4 mois consécutifs, en plus de 2 des critères suivants: douleur liée à la défécation, changement de la fréquence des selles et changement de l'apparence des selles^{4,5}. Les autres symptômes de SCI sont: nausées, vomissements, céphalées, anorexie et arthralgie. Les enfants et les adolescents atteints de SCI présentent souvent des comorbidités, dont l'anxiété et la dépression³.

La physiopathologie du SCI n'est pas complètement élucidée. La littérature actuelle laisse croire à une pathogenèse à plusieurs facettes qui comportait le dérèglement de l'axe intestin-cerveau, des anomalies du système nerveux autonome gastro-intestinal, de l'inflammation intestinale, une sensibilité intestinale accrue, une réduction du seuil de la douleur et des facteurs psychologiques, tels que le stress et l'anxiété³.

Options thérapeutiques

Malgré la prévalence du SCI, il n'y a pas de traitement définitif, et les soins visent la prise en charge des symptômes³. Les principaux traitements sont les modifications alimentaires, le traitement pharmacologique, les

suppléments de probiotiques et la thérapie cognitivo-comportementale (TCC). La pharmacothérapie de première intention inclut l'antidépresseur tricyclique amitriptyline, mais son efficacité pour le traitement du SCI au sein de la population pédiatrique n'a pas fait l'objet de beaucoup d'études⁶. La littérature publiée donne à croire que l'amitriptyline aurait un effet significatif chez les adolescents. Dans une étude menée auprès d'adolescents de 12 à 18 ans ayant été répartis aléatoirement pour recevoir soit l'amitriptyline ou un placebo pendant 6 et 10 semaines, respectivement, les adolescents sous amitriptyline ont signalé une meilleure qualité de vie ($p=0,19$ et $p<0,005$, respectivement) et une réduction de la diarrhée liée au SCI ($p=0,29$)⁶. Il n'y a toutefois aucun rapport selon lequel l'amitriptyline aurait un effet significatif sur le soulagement des symptômes de SCI chez les enfants d'âge scolaire⁷. En outre, les parents et les enfants acceptent souvent les options thérapeutiques non pharmacologiques afin d'éviter les effets indésirables des médicaments⁴.

Les traitements non pharmacologiques du SCI incluent surtout le gène *Lactobacillus*, lequel s'est montré efficace pour soulager la douleur dans deux études à petit échantillon^{8,9}. Dans une étude menée auprès de 37 enfants, le traitement par le *Lactobacillus* était associé à l'élimination de la douleur comparativement au placebo (33 c. 5%, respectivement; nombre de sujets à traiter=4; IC à 95%:2 à 36)⁸. Parmi 141 enfants traités par *Lactobacillus rhamnosus* GG ou recevant un placebo pendant 8 semaines, *L. rhamnosus* GG était associé à une réduction de la fréquence ($p<0,01$) et de la sévérité ($p<0,01$) de la douleur abdominale, même après 8 semaines supplémentaires de suivi ($p<0,02$ et $p<0,001$, respectivement)⁹. Plus de recherche est toutefois nécessaire¹⁰.

Certaines données probantes de faible qualité appuient les modifications alimentaires, par exemple l'augmentation de l'apport en fibres, comme monothérapie^{3,11}.

Thérapie cognitivo-comportementale

La thérapie cognitivo-comportementale est un traitement psychothérapeutique qui s'attache surtout à fournir un soutien psychologique en traitant les comportements mésadaptés, les émotions négatives et les réactions à la détresse. On y arrive en participant à une série d'interventions axées sur les objectifs qui visent à peaufiner les processus cognitifs déclenchés par l'impact de la maladie sur la qualité de vie du patient et en enseignant des techniques de réduction du stress pour gérer les symptômes⁴. Dans le traitement du SCI, les psychologues font appel à la TCC pour cibler l'amélioration fonctionnelle et l'adaptation du mode de vie plutôt que de cibler exclusivement la douleur^{3,4,7}.

Une revue systématique Cochrane a analysé l'efficacité de la TCC pour gérer les symptômes de SCI en comparant des enfants d'âge scolaire recevant des soins standard à des témoins inscrits à une liste d'attente². La TCC consistait en séances hebdomadaires pour les enfants et leurs parents, et enseignait des techniques visant à gérer les symptômes épisodiques, à acquérir des aptitudes d'adaptation, comme des exercices de respiration profonde, et à se distraire, ainsi que des techniques de formation pour prévenir les rechutes. Durant ces séances, les parents et les enfants recevaient des instructions verbales et écrites pour pratiquer les techniques entre les séances. Les soins pédiatriques standard comprenaient des rendez-vous hebdomadaires avec le généraliste de l'enfant, et consistaient principalement en suivis et en évaluations de l'alimentation de l'enfant². Les résultats de 5 des 6 études (total de 167 enfants de 5 à 18 ans) pointaient vers une amélioration des scores de douleur chez les enfants sous TCC par rapport aux 2 groupes témoins. Plus particulièrement, dans une étude ayant comparé la TCC aux soins pédiatriques standard, on a observé une baisse de 86,7% de la fréquence de la douleur abdominale après 1 mois sous TCC (2 épisodes de douleur abdominale par mois, 1 mois après le traitement, par rapport à 15 épisodes par mois avant le traitement), comparativement à une baisse de 33,3% dans le groupe témoin (8 épisodes de douleur abdominale par mois par rapport à 12 épisodes; $p=0,001$)¹². Sanders et coll. ont rapporté que parmi les 38 enfants d'un groupe sous TCC (où les enfants tenaient un registre quotidien de la douleur et où les parents rapportaient leurs observations), 66,7% des enfants ne ressentaient aucune douleur après 6 mois par rapport à 27,8% des enfants sous la norme de soins¹³. Dans une autre étude, 6 enfants sur 8 (75%) sous TCC ont rapporté ne ressentir aucune douleur par rapport à seulement 2 enfants sur 8 (25%) du groupe témoin sur liste d'attente (rapport de cotes=9,00 après le traitement et 11,67 au suivi de 3 mois)¹⁴.

TCC en ligne

La TCC en ligne a principalement recours à des stratégies thérapeutiques basées sur l'exposition¹⁵. Dans le

contexte du SCI, cette stratégie met l'accent sur l'exposition aux symptômes gastro-intestinaux et à l'anxiété liée aux symptômes gastro-intestinaux afin de réduire les comportements d'évitement¹. La TCC en ligne est un traitement efficace chez les adultes atteints de SCI; elle a donc été étudiée auprès d'enfants d'âge scolaire et d'adolescents¹⁶. Parmi 101 adolescents de 13 à 17 ans, ceux qui suivaient la TCC en ligne ont rapporté une réduction plus marquée des symptômes gastro-intestinaux, mesurés sur l'échelle GRS-IBS (*Gastrointestinal Symptom Rating Scale*) après 10 semaines de traitement, comparativement aux témoins sur liste d'attente (le score GRS-IBS s'est abaissé de 6,42 points dans le groupe sous TCC en ligne; $p<0,005$, Cohen d pour l'ampleur de l'effet =0,45; IC à 95%:0,12 à 0,77)¹⁶. Il a été démontré que dans le cadre de la TCC en ligne, le comportement d'évitement représente 67% de l'effet d'atténuation des symptômes gastro-intestinaux chez les adolescents¹. Cela s'explique par la prévalence accrue des comportements d'évitement chez les adolescents atteints de SCI par rapport aux enfants d'âge scolaire atteints de SCI¹⁶. La baisse rapportée de l'évitement concorde avec la baisse perçue de l'anxiété chez les adolescents et les perceptions positives accrues de la qualité de vie^{1,13,17}. En outre, dans une méta-analyse ayant comparé la TCC en ligne à la thérapie basée sur la pleine conscience, aux soins standard et aux témoins sur liste d'attente, 3 études sur 5 ont donné à croire que le traitement en ligne réduisait plus efficacement l'intensité des symptômes de SCI, avec une différence moyenne groupée de -9,63 points à l'échelle GRS-IBS pour le groupe sous TCC en ligne par rapport aux groupes témoins ($p<0,005$; IC à 95%:-16,8 à -3,08)¹⁸. Les adolescents ont signalé préférer la TCC en ligne par rapport à la classique TCC au bureau¹⁶. Le fait que le traitement en ligne inclut un meilleur accès au traitement dans les régions éloignées, et qu'il réduit l'absence de l'école et du travail faisait partie des autres avantages^{3,17}.

Hypnothérapie pour le syndrome du côlon irritable

L'hypnothérapie pour le syndrome du côlon irritable est un type de TCC qui s'est avéré pouvoir réduire la douleur chez les enfants atteints de SCI^{7,19}. Parmi 49 participants, 68% de ceux qui avaient reçu l'hypnothérapie pour le SCI pendant un an étaient en rémission (amélioration d'au moins 80% des scores de douleur), comparativement à 20% de ceux qui recevaient les soins pédiatriques standard ($p=0,005$); la fréquence de la douleur était également réduite ($p<0,01$)²⁰. Les résultats à long terme (5 ans) comprenaient la réduction de l'intensité des symptômes intestinaux ($p<0,005$)²⁰. L'hypnothérapie pour le SCI peut être administrée par un psychologue ou un thérapeute qualifié, ou par l'entremise d'exercices autonomes à l'aide d'une bande audio enregistrée; les résultats sont comparables^{7,19}.

Conclusion

Le syndrome du côlon irritable est le trouble gastro-intestinal fonctionnel à douleur prédominante le plus répandu chez les enfants. La TCC classique et ses sous-types, y compris la TCC en ligne et l'hypnothérapie pour le SCI, sont plus efficaces que le traitement standard pour soulager la douleur et les symptômes gastro-intestinaux. Il faut donc présenter la thérapie cognitivo-comportementale aux patients et à leur famille comme une option thérapeutique viable contre le SCI pédiatrique. 🌱

Intérêts concurrents

Aucun déclaré

Correspondance

D^r Ran D. Goldman; courriel rgoldman@cw.bc.ca

Références

- Bonnert M, Olén O, Bjureberg J, Lalouni M, Hedman-Lagerlöf E, Serlachius E et coll. The role of avoidance behavior in the treatment of adolescents with irritable bowel syndrome: a mediation analysis. *Behav Res Ther* 2018;105:27-35. Publ. en ligne du 28 mars 2018.
- Huertas-Ceballos A, Logan S, Bennett C, Macarthur C. Psychosocial interventions for recurrent abdominal pain (RAP) and irritable bowel syndrome (IBS) in childhood. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;(1):CD003014.
- Foisy M, Ali S, Geist R, Weinstein M, Michail S, Thakkar K. *The Cochrane Library* and the treatment of chronic abdominal pain in children and adolescents: an overview of reviews. *Evid Based Child Health* 2011;6(4):1027-43.
- Brusaferro A, Farinelli E, Zenzeri L, Cozzali R, Esposito S. The management of paediatric functional abdominal pain disorders: latest evidence. *Paediatr Drugs* 2018;20(3):235-47.
- Aziz I, Törnblom H, Palsson OS, Whitehead WE, Simrén M. How the change in IBS criteria from Rome III to Rome IV impacts on clinical characteristics and key pathophysiological factors. *Am J Gastroenterol* 2018;113(7):1017-25. Publ. en ligne du 8 juin 2018.
- Bahar RJ, Collins BS, Steinmetz B, Ament ME. Double-blind placebo-controlled trial of amitriptyline for the treatment of irritable bowel syndrome in adolescents. *J Pediatr* 2008;152(5):685-9. Publ. en ligne du 20 févr. 2008.
- Kridler J, Kamat D. Irritable bowel syndrome: a review for general pediatricians. *Pediatr Ann* 2016;45(1):e30-3.
- Gawrońska A, Dziechciarz P, Horvath A, Szajewska H. A randomized double-blind placebo-controlled trial of *Lactobacillus* GG for abdominal pain disorders in children. *Aliment Pharmacol Ther* 2007;25(2):177-84.
- Francavilla R, Miniello V, Magistà AM, De Canio A, Bucci N, Gagliardi F et coll. A randomized controlled trial of *Lactobacillus* GG in children with functional abdominal pain. *Pediatrics* 2010;126(6):e1445-52. Publ. en ligne du 15 nov. 2010.
- Ringel Y, Ringel-Kulka T. The rationale and clinical effectiveness of probiotics in irritable bowel syndrome. *J Clin Gastroenterol* 2011;45(Suppl):S145-8.
- Carroll MW. Dietary interventions for recurrent abdominal pain in childhood. *Paediatr Child Health* 2020;25(5):276-8. Publ. en ligne du 7 oct. 2019.
- Duarte MA, Penna FJ, Andrade EM, Cancela CS, Neto JC, Barbosa TF. Treatment of nonorganic recurrent abdominal pain: cognitive-behavioral family intervention. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2006;43(1):59-64.
- Sanders MR, Shepherd RW, Cleghorn G, Woolford H. The treatment of recurrent abdominal pain in children: a controlled comparison of cognitive-behavioral family intervention and standard pediatric care. *J Consult Clin Psychol* 1994;62(2):306-14.
- Sanders MR, Morrison M, Rebgetz M, Bor W, Dadds M, Shepherd R. Behavioural treatment of childhood recurrent abdominal pain: relationships between pain, children's psychological characteristics and family functioning. *Behav Change* 1990;7(1):16-24.
- Ljótsson B, Falk L, Vesterlund AW, Hedman E, Lindfors P, Rück C et coll. Internet-delivered exposure and mindfulness based therapy for irritable bowel syndrome—a randomized controlled trial. *Behav Res Ther* 2010;48(6):531-9. Publ. en ligne du 16 mars 2010.
- Bonnert M, Olén O, Lalouni M, Benninga MA, Bottai M, Engelbrektsson J et coll. Internet-delivered cognitive behavior therapy for adolescents with irritable bowel syndrome: a randomized controlled trial. *Am J Gastroenterol* 2017;112(1):152-62. Publ. en ligne du 15 nov. 2016.
- Lalouni M, Ljótsson B, Bonnert M, Ssegonia R, Benninga M, Bjureberg J et coll. Clinical and cost effectiveness of online cognitive behavioral therapy in children with functional abdominal pain disorders. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2019;17(11):2236-44. e11. Publ. en ligne du 28 nov. 2018.
- Hanlon I, Hewitt C, Bell K, Phillips A, Mikocka-Walus A. Systematic review with meta-analysis: online psychological interventions for mental and physical health outcomes in gastrointestinal disorders including irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disease. *Aliment Pharmacol Ther* 2018;48(3):244-59. Publ. en ligne du 14 juin 2018.
- Rutten JM, Reitsma JB, Vlieger AM, Benninga MA. Gut-directed hypnotherapy for functional abdominal pain or irritable bowel syndrome in children: a systematic review. *Arch Dis Child* 2013;98(4):252-7. Publ. en ligne du 6 déc. 2012.
- Vlieger AM, Rutten JM, Govers AM, Frankenhuis C, Benninga MA. Long-term follow-up of gut-directed hypnotherapy vs. standard care in children with functional abdominal pain or irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol* 2012;107(4):627-31. Publ. en ligne du 7 févr. 2012.

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

Can Fam Physician 2021;67:323-5. DOI: 10.46747/cfp.6712e323

The English version of this article is available at www.cfp.ca on the table of contents for the December 2021 issue on page 905.



La **Mise à jour sur la santé des enfants** est produite par le programme de recherche en thérapeutique d'urgence pédiatrique (PRETx à www.pretx.org) du BC Children's Hospital à Vancouver (Colombie-Britannique). **Ashley Buffone** est membre du programme PRETx et le **Dr Goldman** en est directeur. Le programme PRETx a pour mission de favoriser la santé des enfants en effectuant de la recherche fondée sur les données probantes en thérapeutique dans le domaine de la médecine d'urgence pédiatrique.

Avez-vous des questions sur les effets des médicaments, des produits chimiques, du rayonnement ou des infections chez les enfants? Nous vous invitons à les poser au programme PRETx par télécopieur, au 604 875-2414; nous y répondrons dans de futures **Mises à jour sur la santé des enfants**. Les **Mises à jour sur la santé des enfants** publiées sont accessibles dans le site web du *Médecin de famille canadien* (www.cfp.ca).