

Maladies fonctionnelles digestives : mise au point concernant la classification Rome IV

Dr^s MARIOLA MARX^a, HUGO MAYE^a, KARIM ABDELRAHMAN^a, ROXANE HESSLER^a, ELENI MOSCHOURI^a, NURULLAH ASLAN^a, SÉBASTIEN GODAT^a, CRISTINA NICHITA^b, PAUL WIESEL^b, LAURA PEREZ^a et Pr ALAIN M. SCHOEPPER^a

Rev Med Suisse 2018; 14: 1512-6

Les maladies fonctionnelles digestives représentent des entités fréquentes dans la pratique clinique du gastroentérologue. Elles sont associées à une baisse de la qualité de vie des patients concernés et ont un impact socio-économique important. Les critères du groupe de travail de Rome permettent de les classer selon l'atteinte principale et le symptôme prédominant. Cet article résume les changements les plus importants dans les critères diagnostiques Rome IV qui ont été publiés en 2016.

Functional gastrointestinal disorders: update on the Rome IV criteria

Functional gastrointestinal disorders are highly prevalent worldwide and may have an important impact on the quality of life of affected patients. In addition, they are associated with a major socio-economic impact. In 2016 the Rome IV criteria were published that provided an update of the 2006 published Rome III criteria for functional gastrointestinal disorders. This article provides an overview of the current classification of functional gastrointestinal disorders and highlights the most important changes incorporated into the Rome IV criteria.

INTRODUCTION

Les maladies fonctionnelles digestives sont l'entité la plus fréquemment diagnostiquée en gastroentérologie. En effet, elles représentent environ 40% des motifs de consultation chez le gastroentérologue.¹ De manière traditionnelle, les maladies fonctionnelles digestives ont été définies comme des maladies symptomatiques sans altération organique sous-jacente et sans infection ni trouble métabolique associé. Le groupe de travail de Rome a classifié les maladies fonctionnelles digestives selon les différents segments du tube digestif, suspectés d'être à l'origine des symptômes. D'après cette répartition, on peut discriminer les maladies fonctionnelles œsophagiennes, gastroduodénales, intestinales, anorectales, de la vésicule biliaire et du muscle sphincter d'Oddi.¹ Dans chaque groupe anatomique, il existe des sous-catégories diagnostiques qui sont définies par la nature des symptômes et leur association avec des événements physiologiques (tableau 1). Au-delà, on retrouve des classifications similaires pour les maladies fonctionnelles digestives des enfants/adolescents et des nouveau-nés.¹

^aService de gastroentérologie et d'hépatologie, CHUV, 1011 Lausanne,

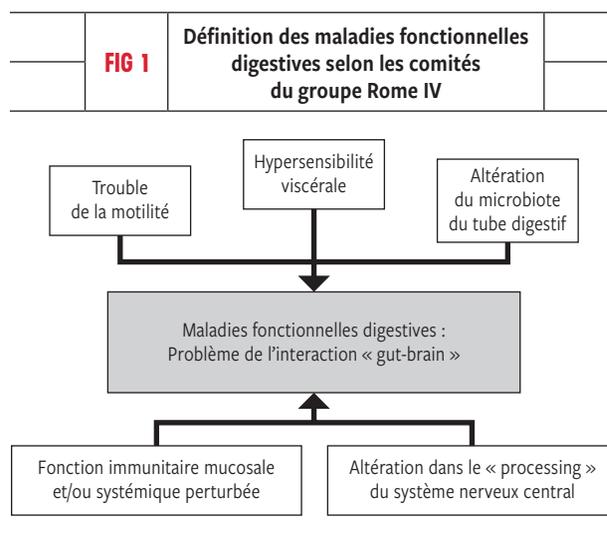
^bCentre médical d'Epalinges, Route de la Corniche 1, 1066 Epalinges
alain.schoepfer@chuv.ch

TABLEAU 1		Classification des maladies fonctionnelles digestives selon Rome IV dans la population adulte
A. Maladies fonctionnelles de l'œsophage		
A1. Douleur thoracique fonctionnelle		
A2. Brûlure rétrosternale fonctionnelle		
A3. Hypersensibilité au reflux		
A4. Globus		
A5. Dysphagie fonctionnelle		
B. Maladies fonctionnelles gastroduodénales		
B1. Dyspepsie fonctionnelle		
B1a. syndrome de souffrance postprandiale		
B1b. syndrome de douleurs épigastriques		
B2. Troubles de renvoi d'air		
B2a. renvoi d'air supragastrique excessif		
B2b. renvoi d'air gastrique excessif		
B3. Troubles de nausée et vomissements		
B3a. syndrome de nausées et vomissements chroniques		
B3b. syndrome de vomissement cyclique		
B3c. syndrome d'hyperémèse cannabinoïde		
B4. Syndrome de rumination		
C. Maladies intestinales		
C1. Syndrome de l'intestin irritable (IBS)		
• IBS avec prédominance de constipation		
• IBS avec prédominance de diarrhée		
• IBS avec transit de type mixte		
• IBS non classifié		
C2. Constipation fonctionnelle		
C3. Diarrhée fonctionnelle		
C4. Distension/ballonement abdominal fonctionnel		
C5. Maladie intestinale fonctionnelle non classifiée		
C6. Constipation induite par les opiacés		
D. Douleur gastro-intestinale médiée par le système nerveux central		
D1. Syndrome de douleur abdominale médiée par le système nerveux central		
D2. Syndrome de l'intestin narcotique/hyperalgésie intestinale induite par les opiacés		
E. Maladies de la vésicule biliaire et du sphincter d'Oddi		
E1. Douleur biliaire		
E1a. maladies fonctionnelles de la vésicule biliaire		
E1b. maladie fonctionnelle biliaire du sphincter d'Oddi		
E2. Maladie fonctionnelle pancréatique du sphincter d'Oddi		
F. Maladies anorectales		
F1. Incontinence fécale		
F2. Douleur anorectale fonctionnelle		
F2a. syndrome du levator ani		
F2b. douleur anorectale fonctionnelle non spécifiée		
F2c. proctalgia fugax		
F3. Maladies fonctionnelles de la défécation		
F3a. défécation avec propulsion inadéquate		
F3b. défécation dyssynergique		

Le groupe de travail de Rome était initialement une collaboration d'experts en maladies fonctionnelles utilisant la méthode de consensus Delphi pour discuter des questions scientifiques.² Leur premier effort d'établir des guidelines diagnostiques pour le syndrome de l'intestin irritable a été présenté lors du congrès international de gastroentérologie «Roma 88». Suite à leur publication une année plus tard, les chercheurs ont décidé de publier des guidelines diagnostiques pour toutes les maladies fonctionnelles digestives en 1990.^{3,4} Une fois la classification établie, les comités responsables des différents domaines anatomiques se sont rencontrés régulièrement pendant les quatre années suivantes à Rome. Leurs articles ont été publiés dans le journal italien *Gastroenterology International*. C'est en 1994 qu'ils ont été résumés et publiés en association avec une étude épidémiologique des maladies digestives fonctionnelles (US Householder Study) sous forme d'un livre qui est rétrospectivement considéré comme les critères Rome I.^{5,6} En 1996, la Fondation de Rome s'est également établie aux Etats-Unis. Ses différents comités ont réalisé une mise à jour des critères diagnostiques des maladies fonctionnelles digestives en 2000 (Rome II) et en 2006 (Rome III).^{7,8} Dix années plus tard, les derniers critères Rome IV ont été publiés.⁹ Cet article résume les changements les plus importants dans les critères Rome IV par rapport aux critères Rome III, se limitant sur les maladies dans la population adulte.¹⁰

CONCEPT DES MALADIES FONCTIONNELLES DIGESTIVES

La définition initiale des maladies fonctionnelles digestives se focalisait sur l'absence d'une maladie organique sous-jacente. Par conséquent, ces maladies étaient fréquemment considérées comme des conditions psychosomatiques. La recherche pendant les dernières années a montré que les maladies fonctionnelles digestives sont souvent caractérisées par la présence d'altérations organiques. Cependant, celles-ci ne sont pas mesurées par les examens utilisés dans la pratique clinique quotidienne. Par exemple, il existe de plus en plus de données montrant une inflammation de bas grade au niveau de la muqueuse des patients atteints d'un syndrome de l'intestin irritable.¹¹ Par ailleurs, plusieurs études ont mis en évidence une altération de la composition du microbiote ainsi que des altérations du système nerveux chez les patients avec un syndrome de l'intestin irritable.¹² Tenant compte de ces découvertes récentes, le comité de Rome a proposé une nouvelle définition pour les maladies fonctionnelles digestives. Cette définition les considère comme une entité de maladies caractérisées par des symptômes digestifs en lien avec les facteurs suivants: troubles de la motilité, hypersensibilité viscérale, perturbation de la fonction immunitaire muco-sale et/ou systémique, altération de la composition du microbiote et altération dans le «processing» du système nerveux central (figure 1). Il est estimé qu'un dysfonctionnement au niveau de l'interaction «intestin-cerveau» est impliqué dans leur physiopathologie. Le terme «fonctionnel» a donc été considéré comme dépassé, suggérant que les maladies fonctionnelles sont des maladies «imaginées» plutôt qu'un dysfonctionnement du tube digestif. Pour cette raison, le terme «fonctionnel» a été enlevé des définitions Rome IV autant que possible (tableau 1).



DÉFINITIONS DES MALADIES FONCTIONNELLES SE BASANT SUR DES ÉTUDES ÉPIDÉMIOLOGIQUES DANS LA POPULATION NORMALE

Dans les critères Rome I à III, les définitions pour les maladies fonctionnelles se sont appuyées sur l'opinion d'experts. Pour l'établissement des critères Rome IV, le comité de Rome a initié une grande étude épidémiologique avec plus de 1600 individus américains, investiguant la fréquence des symptômes du tube digestif dans la population normale.¹³ Ces informations ont alors été utilisées pour déterminer le seuil de la fréquence des symptômes, se référant au 90^e percentile de la prévalence dans la population générale. Cet effort a donc permis de baser les critères de Rome IV sur des données épidémiologiques solides.

NOUVELLES ENTITÉS ET ENTITÉS DISPARUES DANS LES CRITÈRES DE ROME IV

Plusieurs nouvelles entités ont été ajoutées aux critères Rome IV. Dans la catégorie des maladies œsophagiennes, le diagnostic d'«hypersensibilité œsophagienne» a été ajouté. Cette entité est caractérisée par la présence d'un reflux gastro-œsophagien physiologique, objectivé par pH-métrie et démontrant une association significative entre les symptômes typiques, tels que brûlures rétrosternales, régurgitations ou douleurs thoraciques, avec des épisodes de reflux physiologiques. L'hypersensibilité œsophagienne se distingue des «brûlures rétrosternales fonctionnelles», qui sont caractérisées par la présence des symptômes de reflux non liés à un reflux gastro-œsophagien.

Concernant les maladies fonctionnelles biliaires et du sphincter d'Oddi, la dysfonction type III a été enlevée sur la base d'une grande étude qui n'a pas démontré d'avantage à la sphinctérotomie comparée à un traitement conservateur.¹⁴ Ceci dit, une cholangiographie rétrograde endoscopique ne devrait pas être effectuée en l'absence de signes biochimiques et/ou radiologiques d'obstruction chez les patients présentant des douleurs de type biliaire.

Le «syndrome de l'intestin narcotique» (narcotic bowel syndrome) a été rajouté comme sous-catégorie aux «maladies médiées par le système nerveux central», auparavant nommé «douleur abdominale fonctionnelle» selon la classification Rome III.¹⁵ Dans cette condition, la douleur abdominale est causée et entretenue par l'utilisation des opiacés.

Parmi les maladies gastroduodénales, le «syndrome d'hyperémèse cannabinoïde» ressemble aux vomissements cycliques, il est cependant induit par la consommation de cannabinoïdes et s'améliore typiquement dès leur arrêt.

L'entité «constipation induite par les opiacés» a été incluse dans la catégorie des maladies intestinales, décrivant une constipation provoquée et/ou péjorée par l'utilisation des opiacés.

CHANGEMENT DE CRITÈRES POUR LES MALADIES FONCTIONNELLES GASTRO-INTESTINALES

Le changement majeur quant aux maladies œsophagiennes – mis à part l'introduction du terme «hypersensibilité au reflux» – est la recommandation d'exclure systématiquement une œsophagite à éosinophiles par des biopsies œsophagiennes, ainsi que des troubles de la motricité œsophagienne par manométrie à haute résolution, avant de conclure à des brûlures rétrosternales fonctionnelles, des douleurs thoraciques fonctionnelles, une hypersensibilité au reflux ou à une dysphagie fonctionnelle.

Le «syndrome de douleurs abdominales fonctionnelles» est désormais renommé «douleurs gastro-intestinales médiées par le système nerveux central». Ce changement reflète le rôle important du système nerveux central dans la médiation des symptômes.

Le syndrome de l'intestin irritable, étant caractérisé par les symptômes «douleur» et «dysconfort» selon les anciens critères Rome III, se définit maintenant exclusivement par la «douleur». Ce changement était nécessaire étant donné que le terme «dysconfort» n'est que peu précis ou même inexistant dans plusieurs langues. En outre, alors que les critères Rome III portaient du principe que la douleur ou le «dysconfort» s'améliorait lors de la défécation, les critères Rome IV reconnaissent le symptôme de «douleur liée à la défécation». Ce changement repose sur l'observation qu'un sous-groupe de patients avec syndrome du côlon irritable ne montre pas d'amélioration des douleurs abdominales lors de la défécation, mais plutôt une péjoration. Basé sur les données épidémiologiques mentionnées ci-dessus, le syndrome de l'intestin irritable est désormais défini par la présence de douleurs abdominales pendant au moins 1 jour par semaine, durant les 3 derniers mois, alors que les critères Rome III n'exigeaient qu'une fréquence d'au moins 3 jours par mois (**tableau 2**).

	TABLEAU 2	Définition de l'intestin irritable	
--	------------------	---	--

Selon les comités du groupe Rome IV comparé aux critères de Rome III.

Critères de Rome IV

Douleur abdominale en moyenne au moins 1 journée/semaine durant les 3 derniers mois, associée à deux ou plus des critères suivants :

1. La défécation
2. Un changement dans la fréquence des selles
3. Un changement dans la forme des selles

(Ces critères doivent être remplis pendant les 3 derniers mois avec début des symptômes au moins 6 mois avant le diagnostic)

Critères de Rome III

Douleur abdominale ou dysconfort (sensation qui n'est pas décrite comme douleur) au moins pendant 3 jours/mois dans les 3 derniers mois, associée à deux ou plus des critères suivants :

1. Amélioration à la défécation
2. Début associé à un changement dans la fréquence des selles
3. Début associé à un changement dans la forme des selles

(Ces critères doivent être remplis pendant les 3 derniers mois avec début des symptômes au moins 6 mois avant le diagnostic)

Ces changements ont un impact sur la prévalence du syndrome de l'intestin irritable dans le sens où l'on doit s'attendre à une baisse de cette dernière en utilisant les nouveaux critères.

CONCLUSIONS

Les critères de Rome IV représentent un progrès important par rapport aux critères de Rome III. Leur grand atout est la mise en place de définitions basées sur des données épidémiologiques de la prévalence des symptômes gastro-intestinaux dans la population générale. De nouvelles connaissances concernant la physiopathologie et les moyens diagnostiques ont influencé les critères de Rome IV, permettant une prise en charge clinique standardisée, tout en représentant un fondement pour la recherche future.

Conflit d'intérêts : Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Les critères de Rome IV, publiés en 2016, classifient les différentes maladies fonctionnelles du tube digestif
- Les maladies fonctionnelles du tube digestif sont maintenant considérées comme des maladies de l'interaction «intestin-cerveau»
- Un progrès important dans les critères de Rome IV est qu'ils sont maintenant basés sur des données épidémiologiques
- La connaissance des critères de Rome IV est importante pour la classification correcte des maladies fonctionnelles gastro-intestinales

1 ** Drossman DA. Functional gastrointestinal disorders: history, pathophysiology, clinical features, and Rome IV. *Gastroenterology* 2016;150:1262-79.
2 Torsoli A, Corazzari E. The WTR's, the Delphic oracle and the Roman conclaves. *Gastroenterol Int* 1991;4:44-5.

3 Thompson WG, Dotevall G, Drossman DA, et al. Irritable bowel syndrome: guidelines for the diagnosis. *Gastroenterol Int* 1989;2:92-5.
4 Drossman DA, Thompson WG, Talley NJ, et al. Identification of subgroups of functional bowel disorders. *Gastroenterol Int* 1990;3:159-72.

5 Drossman DA, Li Z, Andruzzi E, Temple R, et al. US householder survey of functional gastrointestinal disorders: prevalence, sociodemography and health impact. *Dig Dis Sci* 1993;38:1569-80.

6 Drossman DA, Richter JE, Talley NJ, et al. The functional gastrointestinal disorders: diagnosis, pathophysiology and treatment. In: 1st ed. McLean, VA: Degnon Associates, 1994.
7 Drossman DA, Corazzari E, Talley NJ, et al. Rome II: the functional

gastrointestinal disorders. Diagnosis, pathophysiology and treatment: a multinational consensus. In: 2nd ed. McLean, VA: Degnon Associates, 2000.
 8 Drossman DA, Corazziari E, Delvaux M, et al. Rome III: the functional gastrointestinal disorders. In : 3rd ed. McLean, VA : Degnon Associates, 2006.
 9 * Drossman DA, Chang L, Chey W, et al. Rome IV gastrointestinal disorders: disorders of the gut-brain interaction.

Raleigh, NC: Rome foundation, 2016.
 10 * Tack J, Drossman DA. What's new in Rome IV? *Neurogastroenterol Motil* 2017;29:e13053.
 11 Vanheel H, Vicario M, Vanuytsel T, et al. Impaired duodenal mucosal integrity and low-grade inflammation in functional dyspepsia. *Gut* 2014;63:262-71.
 12 Ly HG, Ceccarini J, Weltens N, et al. Increased cerebral cannabinoid-1 receptor availability is a stable feature of

functional dyspepsia: a [F]MK-9470 PET study. *Psychother Psychosom* 2015;84:149-58.
 13 ** Palsson OS, Whitehead WE, van Tilburg MA, et al. Rome IV diagnostic questionnaires and tables for investigators and clinicians. *Gastroenterology* 2016;150:1481-91.
 14 Cotton PB, Durkalski V, Romagnuolo J, et al. Effect of endoscopic sphincterotomy for suspected sphincter

of Oddi dysfunction on pain-related disability following cholecystectomy: the EPISOD randomized clinical trial. *JAMA* 2014;311:2101-9.
 15 Keefer L, Drossman DA, Guthrie E, et al. Centrally mediated disorders of gastrointestinal pain. *Gastroenterology* 2016;150:1408-19.

* à lire
 ** à lire **absolument**