



---

## Remontants pour intestin capricieux : antidépresseurs pour le SCI

### QUESTION CLINIQUE

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

---

### CONCLUSION

Les antidépresseurs tricycliques (ATC) atténuent l'ensemble des symptômes du SCI et de la douleur abdominale chez environ 55 % des malades par rapport à environ 35 % avec un placebo à environ deux à six mois. La mirtazapine présente des résultats similaires selon un petit essai clinique randomisé (ECR). Environ 25 à 55 % des personnes subissent des effets indésirables (exemples : somnolence, sécheresse de la bouche) avec les ATC ou la mirtazapine par rapport à 5 à 35 % des individus sous placebo. Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) et les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN) procurent un soulagement similaire de la douleur, mais sans amélioration globale uniforme. Des données limitées suggèrent une différence d'efficacité selon le sous-type de SCI.

## DONNÉES PROBANTES

- Focalisation sur la revue systématique la plus vaste. Les doses étaient généralement faibles. La moitié des ECR ont précisé le sous-type de SCI. Après 1,5 à 6 mois<sup>1</sup> :
  - ATC (14 ECR, 1 290 patientes et patients) : y compris le plus vaste ECR axé uniquement sur les soins primaires et portant sur l'amitriptyline à des doses de 10 à 30 mg<sup>2</sup>.
    - Proportion de personnes connaissant une amélioration globale du SCI (douleur, ballonnement, qualité de vie) : 56 % par rapport à 37 % (placebo); nombre de sujets à traiter (NST) = 6.
    - Proportion avec une amélioration de la douleur abdominale : 54 % par rapport à 33 % (placebo); NST = 5.
    - Abandons à cause d'événements indésirables : 10 % par rapport à 6 % (placebo); nombre nécessaire pour nuire (NNN) = 25.
      - Événements indésirables dans le plus grand ECR (sommolence, sécheresse de la bouche) : 54 % par rapport à 35 % (placebo); NNN = 5 pour chaque type d'événement indésirable<sup>2</sup>.
  - ISRS (8 ECR, 385 patientes et patients) et IRSN (3 ECR, 134 patientes et patients) :
    - Amélioration globale : aucune différence.
    - Atténuation de la douleur abdominale : 45 à 93 % par rapport à 25 à 66 % (placebo); NST = 4-5.
    - Événements indésirables : aucune différence.
  - Mirtazapine (1 ECR, 67 patientes et patients) :
    - Amélioration globale : 62 % par rapport à 30 % (placebo); NST = 4.
    - Atténuation de la douleur abdominale : 65 % par rapport à 27 % (placebo); NST = 3.
    - Événements indésirables (sommolence, sécheresse de la bouche, fatigue, prise de poids) : 25 à 35 % par rapport à 3 à 9 % (placebo); NNN = 4-5 pour chaque type d'événement indésirable<sup>3</sup>.
  - D'autres études systématiques ont fait les mêmes constatations<sup>4-6</sup>.
  - Majorité des ATC, des ISRS et des IRNS étudiés : aucune différence nette au sein d'une même classe.
- Limites : La plupart des ECR étaient de petite taille et de courte durée (de 4 à 12 semaines). Taux d'abandon élevés, biais de publication, définitions incohérentes de l'amélioration significative.

## CONTEXTE

- Des lignes directrices<sup>7</sup> et des cheminements cliniques<sup>8</sup> recommandent le recours aux ATC ou aux ISRS, peu importe la dépression ou l'anxiété comorbide.
- Les résultats du plus vaste ECR sur les ATC suggèrent la possibilité d'un bénéfice préférentiel pour le SCI à prédominance de diarrhée<sup>2</sup>, mais l'appui général à ce bienfait théorique est faible<sup>9</sup>.
- Indirectement, les interventions diététiques (exemples : FODMAP, régime méditerranéen) ont peut-être une efficacité comparable à celle des antidépresseurs<sup>10-12</sup>.
  - Les données sur les antidépresseurs semblent plus solides que celles relatives aux antispasmodiques, aux probiotiques ou aux modulateurs des récepteurs opioïdes<sup>13-15</sup>.

## RÉFÉRENCES

1. Khasawneh M, Mokhtare M, Moayyedi P et al. Lancet Gastroenterol Hepatol. 2025;10(6):537-549.
2. Ford AC, Wright-Hughes A, Alderson SL et al. Lancet. 2023;402(10414):1773-1785.
3. Khalilian A, Ahmadimoghaddam D, Saki S et al. Biopsychosoc Med. 2021;15(1):3.
4. Temido MJ, Cristiano M, Gouveia C et al. Ann Gastroenterol. 2025;38(3):284-293.
5. Ford AC, Lacy BE, Harris LA et al. Am J Gastroenterol. 2019;114(1):21-39.
6. Iqbal M, Hira S, Saeed H et al. J Neurogastroenterol Motil. 2025;31(1):28-37.
7. Moayyedi P, Andrews CN, MacQueen G et al. J Can Assoc Gastroenterol. 2019;2(1):6-29.
8. Alberta Health Services : Irritable Bowel Syndrome (IBS) Primary Care Pathway (2023). Lien : <https://www.albertahealthservices.ca/assets/about/scn/ahs-scn-dh-pathway-ibs.pdf>. Consulté le 4 mars 2026.
9. Wright-Hughes A, Ow P-L, Alderson SL et al. Gut. 2025;74:728-739.
10. Khan Z, Muhammad SA, Amin MS et al. Cureus. 2025;17(1):e77053.
11. Bamidele JO, Brownlow GM, Flack RM et al. Ann Intern Med. 2025;178(12):1709-1717.
12. Cuffe MS, Staudacher HM, Aziz I et al. Lancet Gastroenterol Hepatol. 2025;10(6):520-536.
13. Konstantis G, Efstathiou S, Pourzitaki C et al. Clin Nutr. 2023;42(5):800-809.
14. Black CJ, Yuan Y, Selinger CP et al. Lancet Gastroenterol Hepatol. 2020;5(2):117-131.
15. Li X, Li B, Zhang J et al. Medicine 2021;100:4(e24361).

## AUTEURS

**Ethan Harasyn**, candidat au Pharm. D.

**Madison Waites**, candidate au Pharm. D.

**Michael R Kolber**, M.D., CCMF, M. Sc.

**Paul Fritsch**, M.D., CCMF  
**Jamie Falk**, Pharm. D.

*Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêts à déclarer.*

---

**OUTILS POUR LA PRATIQUE**  
**RENDU POSSIBLE PAR**



## EN PARTENARIAT AVEC



Les articles **Outils pour la pratique** sont des articles révisés par les pairs qui résument les données médicales pouvant transformer la pratique de première ligne. Coordinés par la **Dre Adrienne Lindblad**, ils sont rédigés par le groupe PEER (Patients, Experience, Evidence, Research), avec l'appui du Collège des médecins de famille du Canada, et des Collèges des médecins de famille de l'Alberta, de l'Ontario et de la Saskatchewan. Les commentaires sont les bienvenus à l'adresse [toolsforpractice@cfpc.ca](mailto:toolsforpractice@cfpc.ca). Les articles sont archivés à [www.toolsforpractice.ca](http://www.toolsforpractice.ca).

*Cette communication exprime l'opinion des auteurs et ne reflète pas nécessairement le point de vue ni la politique du Collège des médecins de famille du Canada.*

***Le présent numéro d'Outils pour la pratique a été rédigé par des êtres humains. L'intelligence artificielle peut avoir aidé à la révision ou au formatage, mais rien de plus.***