

Prise en charge de la dyspepsie

Rédacteurs : François Mion

Relecteurs : Stanislas Bruley des Varannes, Benoit Coffin, Philippe Ducrotté, Alex Pariente, Sabine Roman, Frank Zerbib

Référence : Talley NJ et al. Guidelines for the management of dyspepsia. Am J Gastroenterol 2005; 100: 2324-37

Camilleri M, Stanghellini V. Current management strategies and emerging treatments for functional dyspepsia. Nat Rev Gastroenterol Hepatol 2013; 10: 187-94

Date : février 2014

1. Définition et physiopathologie

- Syndrome défini par une douleur ou un inconfort chronique centré sur l'épigastre. Brûlures épigastriques, satiété précoce ou pesanteur épigastrique post-prandiale, ballonnement et plénitude épigastriques, nausées, éructations, plus rarement vomissements sont des symptômes de la dyspepsie.
- 2 grands types : le syndrome de douleur épigastrique (EPS), et le syndrome de détresse post-prandiale (PDS). Schématiquement, le PDS concerne essentiellement les patients dont les symptômes sont déclenchés par les repas, alors que l'EPS serait plutôt indépendant des repas, voire même parfois soulagé par la prise alimentaire.
- Possibles causes ou facteurs déclenchants : multiples et proches de ceux identifiés pour le syndrome de l'intestin irritable (souvent associé à la dyspepsie), à savoir anomalies de la sensibilité et des contrôles réflexes des fonctions digestives, inflammation, infections gastro-intestinales, facteurs génétiques, dysautonomie, troubles psychologiques.
- Associée aux anomalies suivantes: vidange gastrique des solides ralentie, vidange gastrique des liquides accélérée, défaut d'accommodation fundique, hypersensibilité viscérale (hypersensibilité gastrique à la distension, hypersensibilité duodénale aux nutriments, à l'acide...). La distension abdominale post-prandiale peut-être la conséquence d'un réflexe viscéro-somatique anormal avec un abaissement paradoxale du diaphragme et une relaxation de la paroi abdominale.
- Certains symptômes seraient associés à une anomalie : satiété précoce et défaut de relaxation gastrique, nausées et hypersensibilité duodénale à l'acide, vomissements et retard de vidange gastrique des solides.

- Si pyrosis ou régurgitations prédominant, le diagnostic de RGO est le plus vraisemblable.

2. Prise en charge initiale

- Endoscopie digestive haute sans délai si âge > 50 ans, ou signes d'alarme (dysphagie, odynophagie, anémie, perte de poids), ou antécédent familial ou personnel de néoplasie digestive. Biopsies antrales et fundiques systématiques pour recherche de *H. pylori* et traitement d'éradication si biopsies positives.
- Chez les sujets de < 50 ans, sans signe d'alarme ni antécédent personnel ou familial, on peut éventuellement proposer, en alternative à l'endoscopie première, un traitement empirique (test thérapeutique) :
 - Recherche *H. pylori* par test non invasif (sérologie, test respiratoire à l'urée...), traitement et contrôle de l'éradication, ou
 - IPP à simple dose pendant 4-8 semaines
- L'endoscopie digestive haute doit être alors réalisée en cas de symptômes persistants malgré le traitement.
- Imagerie abdominale (échographie et/ou scanner thoraco-abdominal ou IRM) : en cas de symptômes persistants et invalidants, malgré le traitement.

Toujours éliminer :

- un trouble du comportement alimentaire atypique
- un trouble méconnu de la glycorégulation

Les autres explorations possibles : vidange gastrique par scintigraphie, échographie, barostat (exploration de l'accommodation et de la sensibilité gastriques), test de remplissage gastrique,... ne sont pas utiles en première intention, le lien entre les symptômes et les anomalies physiologiques étant inconstant.

Prise en charge d'une dyspepsie fonctionnelle documentée (endoscopie et imagerie normales)

- Rassurer et informer le patient sur la bénignité de ses symptômes
- Pas de régime spécifique, mais les aliments identifiés comme facteur déclenchant des symptômes par le patient peuvent être exclus, en évaluant la réponse. Les aliments gras sont déconseillés (ralentissent la vidange gastrique); selon les cas, on peut essayer une éviction temporaire des aliments acides (hypersensibilité duodénale), épicés (hypersensibilité viscérale), hypercaloriques ou riches en fibres.
- En cas d'échec du traitement anti-*HP* (persistance des symptômes malgré éradication d'*HP*), ou d'efficacité insuffisante des IPP, on peut augmenter la dose d'IPP (1 cp matin et soir avant les repas), en évaluant la réponse.
- D'autres thérapeutiques peuvent être utiles :
 - Prokinétiques pour stimuler l'activité motrice gastrique : domperidone (possibilité d'allongement de l'espace QT sur l'ECG) ; erythromycine à

faible dose en cas de gastroparésie avérée et de vomissements prédominants, (possibilité d'allongement de l'espace QT sur l'ECG, hors AMM) ;

- Siméticone (diminution de la tension gazeuse intra-digestive)
- Médicaments qui augmentent l'accommodation gastrique : buspirone (hors AMM) ;
- Anxiolytiques et antidépresseurs (effet sur les comorbidités psychologiques, et/ou sur l'hypersensibilité viscérale)
- Hypnose, psychothérapie et thérapies comportementales
- Médicaments qui ralentissent la vidange gastrique : amitriptyline (également effet sur l'hypersensibilité viscérale, hors AMM), octréotide (également effet modulateur des afférences douloureuses, hors AMM).