

# **Dyspepsie fonctionnelle**

**Pr FZ Mekideche**

**Service de médecine interne**

**Faculté de médecine UFAS Sétif 1**

# Objectifs pédagogiques

- Définir la dyspepsie fonctionnelle (DF)
- Énumérer la classification clinique de la dyspepsie fonctionnelle
- Identifier les différents mécanismes physiopathologiques
- Planifier le bilan optimal à envisager devant une dyspepsie fonctionnelle
- Citer les signes d'alarme imposant une exploration paraclinique
- Énoncer les différentes options thérapeutiques

# Définition

- **Dyspepsie**: ensemble de symptômes comprenant une **douleur** ou un **inconfort** récidivant ou chronique de la **région épigastrique** provenant du **tube digestif supérieur**.
  - Type:
    - douleur,
    - brûlure,
    - crampe,
    - ballonnement,
    - digestion lente
    - satiété précoce.

# Définition

- **Critères de Rome IV et de l'association américaine de gastro-entérologie en 2016:**
  - Dyspepsie est définie comme un ou plusieurs des **4 symptômes** suivants:
    - réplétion postprandiale (syndrome de détresse postprandiale)
    - satiété précoce (incapacité à finir un repas de taille normale)
    - douleur épigastrique
    - brûlure épigastrique
  - Symptômes présents **depuis au moins 6 mois, dont 3 mois consécutifs.**
- On parle de **dyspepsie fonctionnelle** en l'absence de cause **organique** (lésion à l'endoscopie), **systemique** ou **métabolique.**

# Deux types de dyspepsie fonctionnelle

## Sd de dyspepsie postprandiale: SDPP

- **Plénitude postprandiale gênante:**
  - Après repas de volume normal
  - Au moins plusieurs fois / semaine
- **Satiété précoce:**
  - Empêchant de terminer un repas
  - Au moins plusieurs fois / semaine
- **Critères en faveur:**
  - Ballonnement épigastrique,
  - Nausées postprandiales,
  - Érucations

± Syndrome douloureux épigastrique

## Syndrome douloureux épigastrique

- **Douleurs ou brûlures épigastriques**
  - Au moins 1 fois/semaine
  - Douleur intermittente
  - Non diffuse
  - Localisée à d'autres régions abdominales ou thoraciques
  - Non soulagée par la défécation ou gaz
  - Non biliaire
- **Critères en faveur:**
  - Brûlure non rétro sternale
  - Induite ou soulagée par le repas
  - Peut survenir à jeun

± SDPP

# Deux types de dyspepsie fonctionnelle

Sd de dyspe

- **Plénitude**

- Après
- Au mc

- **Satiété p**

- Empê
- Au mc

- **Critères**

- Ballon
- Nausé
- Éructa

± Syndrome

- Très schématiquement,**
- **le SDPP concerne essentiellement les patients dont les symptômes sont déclenchés par les repas,**
  - **le SDE serait plutôt indépendant des repas, voire même parfois soulagé par la prise alimentaire.**

trique

astriques

s

es

ation ou gaz

repas

# Épidémiologie

- 1% de la population adulte rapporte un épisode inaugural de dyspepsie chaque année.
  - 25% présentent une dyspepsie chronique ou récurrente
- 25% des individus présentant une dyspepsie consultent un médecin
- Dyspepsie: motif de consultations de médecine générale ambulatoire dans 5% des cas
- **Âge de survenue < 45 ans**
- Dyspepsie et colopathie fonctionnelles sont souvent associées.

# Mécanismes physiopathologiques

## Plusieurs mécanismes sont incriminés

- **Hypersensibilité viscérale accrue**
  - Hypersensibilité à la distension antrale et fundique
  - Hypersensibilité à l'acide
  - Hypersensibilité duodénale aux lipides
- **Insuffisance de relaxation du fundus** en réponse à une prise alimentaire
- **Retard à la vidange gastrique:** gastroparésie, hypo motricité antrale, pylorospasme



# Mécanismes physiopathologiques

## Plusieurs mécanismes sont incriminés

- **Anomalies hormonales digestives**

- **Taux élevé de cholécystokinine** (hormone peptidique gastro-intestinale sécrétée par la muqueuse du duodénum sous l'effet de l'arrivée de lipides et de peptides)

- Diminue la relaxation fundique
- Ralentit la vidange gastrique
- Diminue la vidange acide duodénale
- Action sur les centres de la satiété

- **Taux élevé du GLP-1 et du PYY** (hormone de la satiété)

- Ralentissement de la vidange gastrique
- Diminution de la prise alimentaire
- Action sur les centres de la satiété

# Mécanismes physiopathologiques

## Plusieurs mécanismes sont incriminés

- **Contexte post infectieux ou inflammatoire:** hypersensibilité viscérale
  - Possible gastro-entérite précédant la DF (persistance d'une inflammation locale)
- **Helicobacter pylori:** rôle modeste dans l'hypersensibilité
  - Mais : l'éradication d'H pylori améliore au long cours la DF
- **Les troubles psychologiques:** cause et/ou conséquence
  - Dysfonctionnements dans le traitement central des stimuli viscéraux
  - Anxiété, dépression et trouble du sommeil
- **Prédisposition génétique**

# Démarche diagnostique

## Anamnèse

- Rechercher les facteurs de risque, des symptômes, des signes de gravité évoquant une lésion organique
- Identifier des symptômes et signes évoquant une origine autre que le tube digestif supérieur.

# Démarche diagnostique

## Tableau .1. Facteurs de risque d'une dyspepsie organique

- Symptômes (perte pondérale, état fébrile, fatigue, sudations nocturnes, ...)
- Vomissements persistants
- Dysphagie progressive
- Odynophagie
- Hémorragie digestive haute
- Histoire familiale de cancer gastro-duodéal
- Chirurgie gastrique antérieure
- Prise chronique d'AINS
- Anémie ou carence martiale inexplicée
- Ictère
- Masse abdominale palpable ou lymphadénopathie
- Origine ethnique (Japon, Portugal)

# Démarche diagnostique

## Clinique

- Symptomatologie prédomine au niveau de l'épigastre, surtout post-prandiale, précoce,  $\pm$  permanente :
  - Crampes
  - Brulures
  - Nausées
  - Sensation de plénitude gastrique « brique sur l'estomac »
  - Impression de ne pas digérer
  - Difficultés pour finir les repas
- Les symptômes varient dans leur présentation au cours du temps et peuvent se transformer en symptômes évoquant plutôt des troubles fonctionnels intestinaux

# Démarche diagnostique

## Examen physique

- Normal
- Conservation de l'état général

# Examens complémentaires

- **Oeso-gastro-duodénoscopie (OGD)**
  - d'emblée chez les patients à haut risque
    - âge > 50 ans,
    - signes d'alarme (dysphagie, odynophagie, anémie, perte de poids),
    - ATCD familial ou personnel de néoplasie digestive.
  - Biopsies antrales et fundiques à la recherche de H. pylori.
  - Si symptômes persistants malgré le traitement
- Chez les sujets de < 50 ans, sans signe d'alarme ni antécédent personnel ou familial: **recherche H. pylori par test non invasif** (sérologie, test respiratoire à l'urée...).

# Examens complémentaires

- **Imagerie abdominale** (échographie et/ou scanner thoraco-abdominal ou IRM) : si symptômes persistants et invalidants, après échec des traitements empiriques.
- Autres explorations : vidange gastrique par **scintigraphie**, **barostat** (exploration de l'accommodation et de la sensibilité gastriques), **test de remplissage** gastrique, **Endoflip** (mesure de la distensibilité pylorique)... ne sont pas utiles en première intention.



# Traitement

- Rassurer et informer le patient sur la bénignité de ses symptômes
- Pas de régime spécifique ni trop strict, mais les aliments identifiés comme facteur déclenchant des symptômes par le patient peuvent être exclus.
- Aliments gras sont déconseillés (ralentissent la vidange gastrique); éviction temporaire des aliments acides (hypersensibilité duodénale),  pic s (hypersensibilité viscérale), hypercaloriques ou riches en fibres.
- Chez les sujets de < 50 ans, sans signe d'alarme ni antécédent personnel ou familial, test thérapeutique :
  - Traitement d'éradication de H. pylori si recherche +
  - IPP à simple dose pendant 4-8 semaines

# Autres thérapeutiques

- **Prokinétiques** pour stimuler l'activité motrice gastrique :
  - domperidone
  - Érythromycine à faible dose en cas de gastroparésie avérée et de vomissements prédominants;
- **Anti-émétiques** :
  - metoclopramide, haloperidol
- **Antidépresseurs** et autres **neuroleptiques** (effet sur les comorbidités psychologiques, et/ou sur l'hypersensibilité viscérale) :
  - amitryptiline, mirtazapine, sulpiride (hors AMM)
- **Hypnose, psychothérapie et thérapies comportementales**
- **Interventions pyloriques**
  - Injection de toxine botulique dans l'antra et le pylore est envisageable;
  - Dilatation ou pylorotomie endoscopique, techniques en cours d'évaluation.

## Tableau. Médicaments pour le traitement de la dyspepsie

	Médicament	Dose/jour standard	Dose maximale
<b><u>IPP</u></b>			
Pantoprazole	Pantozol <sup>®</sup>	40 mg	80 mg
Oméprazole	Oméprazol <sup>®</sup>	20 mg	40 mg
Esoméprazole	Nexium <sup>®</sup>	40 mg	80 mg
Lansoprazole	Agopton <sup>®</sup>	30 mg	60 mg
Rabéprazole	Pariet <sup>®</sup>	20 mg	40 mg
<b><u>Anti-H2</u></b>			
Ranitidine	Zantic <sup>®</sup>	1x 300 mg ou 2x 15 mg	2x 300 mg
<b><u>Procinétiques</u></b>			
Dompéridone	Motilium <sup>®</sup>	1-3x 10 mg	3x 10 mg
Métoclopramide	Primpéran <sup>®</sup>	1-3x 10 mg	3x 10 mg

# Conclusion

- La dyspepsie est un motif fréquent de consultations de médecine générale ambulatoire.
- L'oeso-gastro-duodéoscopie fait parti du bilan à envisager devant une dyspepsie fonctionnelle
  - chez les patients à haut risque de lésion organique
  - chez ceux à bas risque qui récidivent après un traitement empirique
- Le traitement de choix de la dyspepsie
  - sans facteurs de gravité: IPP seul ou une éradication de H. Pylori si recherche +