

Prise en charge de la dyspepsie

Rédacteur : François Mion

Références :

- Talley NJ et al. Guidelines for the management of dyspepsia. Am J Gastroenterol 2005; 100: 2324-37
- Camilleri M, Stanghellini V. New developments in the treatment of gastroparesis and functional dyspepsia. Curr Opin Pharmacol 2018; 43: 111-7.

Date : janvier 2019

1. Définition et physiopathologie

La dyspepsie est un syndrome défini par une douleur ou un inconfort chronique centré sur l'épigastre. Les brûlures épigastriques, la satiété précoce ou la pesanteur épigastrique post-prandiale, le ballonnement et la plénitude épigastriques, les nausées, les éructations, plus rarement les vomissements, sont des symptômes de la dyspepsie.

La classification de Rome IV distingue 2 grands syndromes :

- le syndrome de douleur épigastrique (EPS)
- le syndrome de détresse post-prandial (PDS).

Très 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.

Les causes ou facteurs déclenchants possibles sont multiples et rejoignent ceux identifiés pour le syndrome de l'intestin irritable (souvent associé à la dyspepsie) : anomalies de la sensibilité et des contrôles réflexes des fonctions digestives, inflammation, infections gastro-intestinales, facteurs génétiques, dysautonomie, troubles psychologiques.

Les anomalies suivantes ont été identifiées associées à la dyspepsie : 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...), inflammation duodénale de bas grade (polynucléaires éosinophiles et mastocytes). 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 plus spécifiquement 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.

Lorsque le pyrosis ou les régurgitations sont prédominants, le diagnostic de RGO est le plus vraisemblable.

2. Prise en charge initiale

1- 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. **Faire impérativement des biopsies antrales et fundiques pour recherche de *H. pylori* et traitement d'éradication si biopsies positives.**

2- 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 chez les sujets de < 50 ans (test thérapeutique) :

- a. Recherche *H. pylori* par test non invasif (sérologie, test respiratoire à l'urée...), traitement et contrôle de l'éradication, ou
- b. IPP à simple dose pendant 4-8 semaines

L'endoscopie digestive haute sera réalisée en cas de symptômes persistants malgré le traitement.

2. Imagerie abdominale (échographie et/ou scanner thoraco-abdominal ou IRM) : en cas de symptômes persistants et invalidants, après échec des traitements empiriques
3. Toujours se méfier :
 - a. d'un trouble du comportement alimentaire atypique
 - b. d'un trouble méconnu de la glycorégulation

Les autres explorations possibles : vidange gastrique par scintigraphie, échographie ou test respiratoire, 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, le lien entre les symptômes et les anomalies physiologiques étant très inconstant (cf physiopathologie).

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

1. Rassurer et informer le patient sur la bénignité de ses symptômes
2. Pas de régime spécifique ni trop strict, 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

pourra essayer une éviction temporaire des aliments acides (hypersensibilité duodénale), épicés (hypersensibilité viscérale), hypercaloriques ou riches en fibres.

3. Eradication d'*H. pylori* si tests positifs
4. 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 :

- a. Prokinétiques pour stimuler l'activité motrice gastrique : domperidone (possibilité d'allongement de l'espace QT sur l'ECG) ; érythromycine à faible dose en cas de gastroparésie avérée et de vomissements prédominants, (possibilité d'allongement de l'espace QT sur l'ECG, hors AMM) ; prucalopride (si constipation associée, hors AMM) ; relamoreline (agoniste récepteur de la ghréline, essai en cours)
- b. Anti-émétiques : metoclopramide, haloperidol
- c. Médicaments qui augmentent l'accommodation gastrique : buspirone (hors AMM) ;
- d. Antidépresseurs et autres neuroleptiques (effet sur les comorbidités psychologiques, et/ou sur l'hypersensibilité viscérale) : amitriptyline, mirtazapine, sulpiride (hors AMM)
- e. Hypnose, psychothérapie et thérapies comportementales
- f. Interventions pyloriques :
 - i. l'injection de toxine botulique dans l'antrum et le pylore est envisageable, même si la preuve de l'efficacité reste discutable ;
 - ii. dilatation ou pylorotomie endoscopique, techniques en cours d'évaluation, qui pourraient être guidées par la mesure de la distensibilité pylorique (Endoflip).
- g. Stimulation gastrique électrique (système Enterra) : pas de bénéfice avéré dans les essais contrôlés, non pris en charge pour l'instant par l'assurance maladie.