

DYSPEPSIE FONCTIONNELLE

Dr BOUHOUCHE.H
Maitre assistant Hépatogastro-Entérologie

PLAN:

1. INTRODUCTION
2. EPIDEMIOLOGIE
3. PHYSIOPATHOLOGIE
4. APPROCHE CLINIQUE
5. STRATEGIES DE PRISE EN CHARGE

1- INTRODUCTION-DÉFINITIONS

Inconfort de la région épigastrique, chroniques ou récurrents

Selon les critères de Rome IV

Au moins un des symptômes suivants :

- Plénitude postprandiale gênante
- Douleur épigastrique
- Satiété précoce
- Brûlure épigastrique

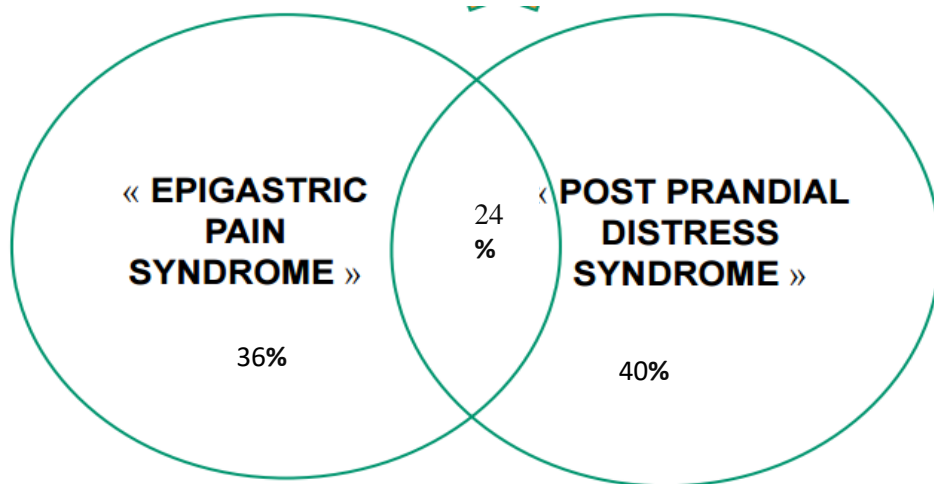
ET Absence de maladie organique ET Présents sur les 3 derniers mois et **depuis plus de 6 mois**

- **Inconfort** = sensation subjective « négative » qui n'atteint pas le niveau de douleur: satiété précoce, pesanteur, ballonnements, nausées...

Dyspepsie fonctionnelle

Sd de dyspepsie postprandiale: SDPP Post prandial distress syndrome	Syndrome douloureux épigastrique Epigastric pain syndrome
Plénitude postprandiale gênante: Après repas de volume normal Au moins plusieurs fois / semaine	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
Satiété précoce: Empêchant de terminer un repas Au moins plusieurs fois / semaine	Critères en faveur: Brûlure non rétro sternale Induite ou soulagée par le repas Peut survenir à jeun ± SDPP
Critères en faveur: Ballonnement épigastrique, Nausées postprandiales, Éructations ± Syndrome douloureux épigastrique	

Overlap des symptômes dyspeptiques



Recouvrement : centres tertiaires > population générale

Dyspepsie secondaire

- **Cause organique**

Retrouvée dans environ 40 % des cas, le plus souvent :

- Reflux acide gastro-oesophagien
- Maladie ulcéreuse gastroduodénale (15%)
- Cancer gastrique

- **Diabète :**

- Symptômes dyspeptiques présents chez 30 à 70 % des patients diabétiques
- Anomalies de la vidange gastrique chez 30 à 60 % des diabétiques

- **Dyspepsie secondaire aux Médicaments outre les AINS.....**

Inhibiteurs Cox2, Acide acetyl-salicylique, Inhibiteurs de la pompe à protons, Biposphonates, Erythromycine, Tétracyclines, Sildénafil et tadalafil, Théophylline

Sclérodémie

- **Amylose**

- **Infections virales**

- **Atteinte du système nerveux central et périphérique**

- **Autres**

(Insuffisance coronarienne, insuffisance rénale, dysthyroïdie...)

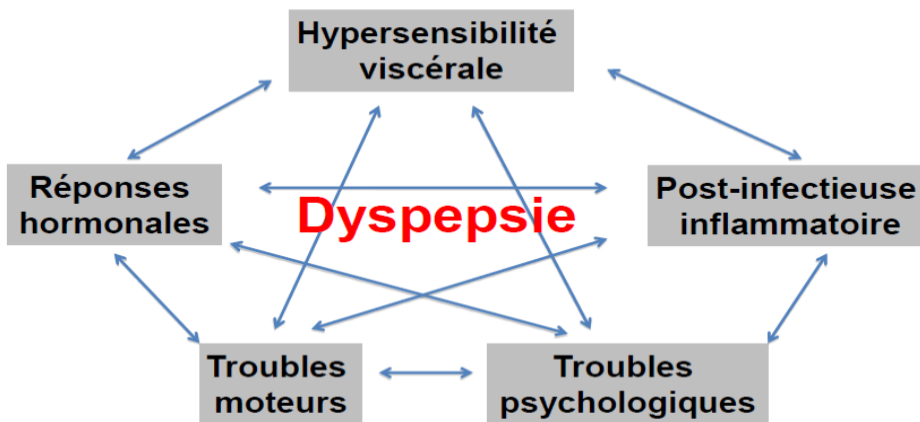
2- EPIDEMIOLOGIE

C'est un problème fréquent de consultation en médecine ambulatoire :

- Au cours d'une année, 1% de la population adulte rapporte un épisode inaugural de dyspepsie et 25% présentent une dyspepsie chronique ou récurrente
- 25% des individus présentant une dyspepsie consultent un médecin
- La prévalence de l'ulcère gastroduodéal est de 1-2% dans la population générale

- 5-10% de la population présente dans sa vie un ulcère gastroduodéal
- La prévalence du RGO est de 20-40% dans la population générale

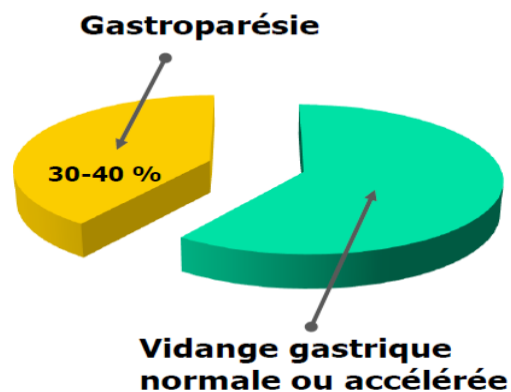
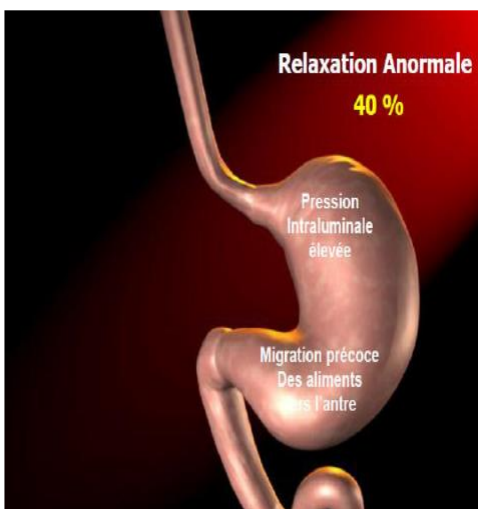
3-PHYSIOPATHOLOGIE



A-Troubles moteurs

Relaxation fundique insuffisante: 40%

Anomalies de la vidange gastrique



B-Hypersensibilité viscérale accrue!

- **Hypersensibilité à la distension 30-40%**

Antrale

Fundique

- **Hypersensibilité à l'acide 25-50%**

Gastrique et duodénale

SGA normale mais clairance duodénale

diminuée

- **Hypersensibilité duodénale aux lipides**

C- Post infectieuse ou inflammatoire

- Peut être précédée par un tableau de gastroentérite
- **Biopsies duodénales**

Agrégats de lymphocytesT, ↓ des CD4 , ↑ CD8

Présence accrue de macrophages

↑ des éosinophiles

- Persistance d'une inflammation locale post GEA?

D-Rôle d'helicobacter pylori

- Gastrite atrophique antrale sévère
- Réponse immunitaire incomplète mais persistante
- **Biopsies duodénales**
- Inflammation duodénale avec ↑ des LIE et hyper éosinophilie

Mais ce rôle reste débattu

E-Troubles psychologiques

- L'anxiété est retrouvée dans les 2 types de DF

Souvent associées à un SII

Prise d'AINS

Age jeune

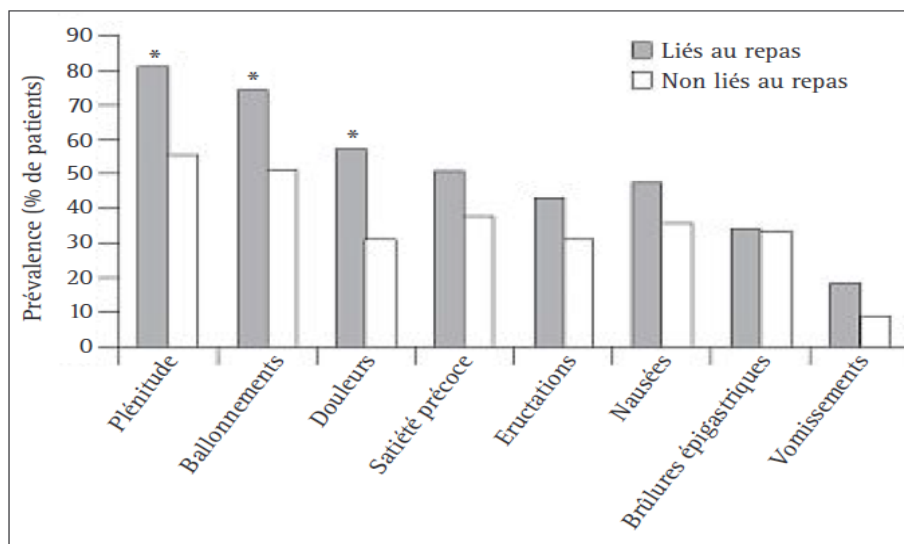
- La dépression et trouble du sommeil,
- Dysfonctionnements dans le traitement central des stimuli viscéraux

3-APPROCHE CLINIQUE

Anamnèse et examen clinique qui ont pour intérêts

- Identifier les patients ayant un RGO, un SII ou ayant pris des AINS
- Rechercher des signes d'alarme

Les principaux symptômes



Signes d'alarmes

perte de poids involontaire
vomissements persistants
dysphagie progressive
odynophagie
hématurie
histoire familiale de cancer gastro-duodéal
chirurgie gastrique antérieure
prise chronique d'AINS
anémie ou carence martiale inexpliquée
ictère
masse abdominale palpable ou lymphadénopathie

Examens paraclinique

Echographie abdominale : pour éliminer une pathologie bilio-pancréatique (lithiasique surtout)

Endoscopie Oeso-gastro-duodénale (EOGD)

C'est l'examen de choix avec des sensibilité (92%) et spécificité (99%) élevées pour le diagnostic des principales lésions organiques causant une dyspepsie, comme l'ulcère gastrique ou duodéal et le cancer gastrique.

Tests diagnostiques de Helicobacter pylori

	Tests diagnostiques	Sensibilité (%)	Spécificité (%)	Prix (CHF) selon OFAS/TARMED
Tests non invasifs	Test de l'haleine ("C ¹³ urea breath test")*	90-95	90-95	110.-
	Sérologie IgG ELISA*	80-95	80-95	29.- (qualitatif) 42.- (quantitatif)
	Antigène fécal	90-95	90-95	45.-
Tests invasifs	Biopsie & test à l'uréase (ex. CLO-test)*	90-95	90-95	91.- (biopsie) 9.- (CLO-test)
	Biopsie & histologie - coloration Warthin-Starry	88-95 100	90-95 66	91.- (biopsie) min 70.- (histologie) 29.- (coloration)
	Culture	80-90	95-100	80.- (si culture +) 70.- (si culture -) sans antibiogramme

Stratégie diagnostique

<ul style="list-style-type: none"> • Patient a haut risque (âge > 50 ans ou signes d'alarme) => endoscopie haute afin d'éliminer : <ul style="list-style-type: none"> – une pathologie ulcéreuse – une tumeur – une autre maladie du tractus digestif supérieur

Patient à bas risque (âge < 50 ans et pas de signes d'alarme) => 3 options :

- « test and treat » pour Helicobacter Pylori et lutte contre la sécrétion acide en cas d'éradication effective avec persistance des symptômes
- Test HP non invasif, OGD: si HP+ (anti-sécrétoire) si HP-(test & scope)
- lutte contre la sécrétion acide d'emblée avec un IPP pendant 4 à 8 semaines (IPP empirique)

4-PRISE EN CHARGE

- **BUTS**

- 1- ↓ l'intensité et la fréquence des symptômes ou au mieux guérir.
- 2- Améliorer la qualité de vie.
- 3- Réduire le retentissement psychologique.
- 4- Permettre une vie socio-professionnelle et personnelle aussi normale que possible.

Les armes thérapeutiques

I/ Mesures générales et RHD :

- Rassurer et expliquer (ce n'est pas un cancer).
- Suppression des aliments dyspepsogènes (intolérances individuelles)

*Graisses.

*Lait (Intolérance au lactose ?).

- Eviction du tabac, de l'alcool et des AINS.
- Fractionnement des repas dans la journée.

II/Réducteurs de l'acidité gastrique:

1/ Anti-acides: Anti-H2.

2/ Anti-sécrétoires: IPP.

III/ Prokinétiques:

↑ l'activité musculaire en cas d'hypomotilité gast.

→ Métoclopramide: bloque R dopaminergiques TD>.

→ Dompéridone: antagoniste dopaminergique périphéri.

→ Erythromycine: agoniste de la motiline.

→ Cisapride: agoniste 5HT4 => libération d'Ach dans les plexus myentériques.

IV/ Myorelaxants:

Restaurent l'accomodation normale.

→ Paroxétine: (-) sélectif de la recapture sérotonine.

→ Sumatripan: antagoniste des R 5HT1(prometteur?).

V/ Psychotropes et psychothérapie:

- Dépression et anxiété, souvent associées aux TFD.
- A visée d'analgésie et de modulation nerveuse.

→ Anti-Dépresseurs:* Tricycliques: Tofranil°.

* IR sérotonine: Prozac°, Zoloft°

* IMAO: Laroxyl °+++.

→ Anxiolytiques: Benzodiazépines.

- Psycho-thérapie de groupe, psychodynamie, thérapie sensitivo-cognitive, séances de relaxation et d'hypnose

VI/ Eradication de Helicobacter pylori (HP)

Un IPP

+

2 antibiotiques

• Oméprazole (O)

- Amoxicilline (A)
- Métronidazole (M)
- Clarithroycine (C)

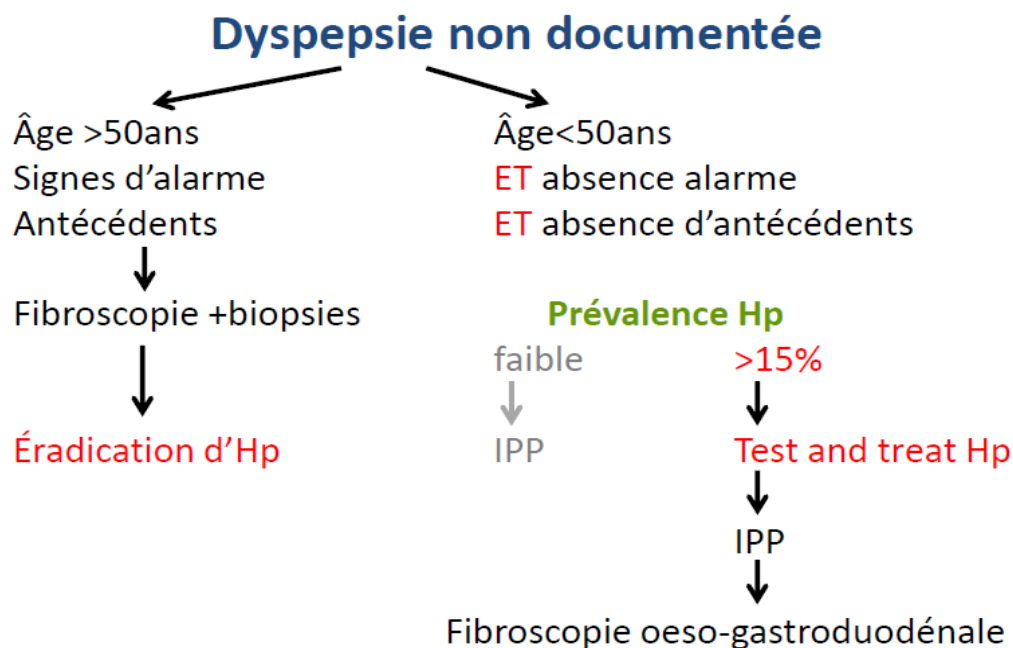
Durée du traitement : 10-14 jours

1 ère ligne : Amoxicilline (2 x 1g) + Métronidazole (3 x 500mg) ou Clarithromycine 2 x 500mg + IPP (2x /jour) pendant 14 jours

Si échec (**2eme ligne**): switcher OAM ver OAC ou vis versa

En **3eme ligne** traitement conduit par antibiogramme

Indications thérapeutiques



Dyspepsie documentée

Situation fréquente : persistance de symptômes après éradication *H. pylori* et efficacité insuffisante des IPP

rassurer et informer le patient,

traitement empirique (IPP ou prokinétique)

régime alimentaire : diminuer

les aliments gras

les épices

les aliments acides

la taille du repas

Pronostic

Evaluation des symptômes au long cours

Persistance: 20%

Chronique et fluctuante: 30%

Résolution: 50%

Peu des données.....

5-CONCLUSION

- Pathologie difficile, hétérogène, caractère fluctuant, contexte psychologique,...
 - Physiopathologie multiple et intriquée (sensibilité, réponses physiologiques inadaptées...)
; peu de progrès marquants récents.
 - Approche progressive, explicative, personnalisée, progressive (step-up) :
- Prokinétiques, anti sécrétoires, éradication *H pylori*
 - Relaxants gastriques, antidépresseurs faible dose.
 - Essais thérapeutiques, nouveaux prokinétiques viscéro- modulateurs