

Dyspepsie fonctionnelle

I. Introduction :

Dyspepsie = mauvaise digestion

Etat d'inconfort et de gêne épigastrique en absence d'anomalie anatomique et fonctionnelle

Critère de ROME III (2006)

Présence d'au moins un des symptômes suivants:

- sensation de réplétion post prandiale
- satiété précoce
- douleurs épigastriques
- brûlures épigastriques

- Critères présents au cours des 3 derniers mois et ancienneté des symptômes plus de 06 mois
- Absence d'anomalies organiques expliquant les symptômes

Selon les Critère de ROME IV (2016) il existe deux types de dyspepsie fonctionnelle :

Syndrome de dyspepsie postprandiale: SDPP	Syndrome douloureux épigastrique
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, -Éructations ± 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

Au cours de l'évolution, une transition fréquente entre dyspepsie fonctionnelle et syndrome de l'intestin irritable est retrouvée (13-87%)

II. Intérêt :

Symptôme fréquent consultation gastro-entérologie et médecine générale

-représente un problème de santé publique, en raison de son retentissement : coût des consultations et des médicaments, absentéisme, modification de la vie sociale et de la qualité de vie ainsi que de l'activité physique

-Deux types : **1-organique 1/3 :**

- digestive MUGD, cancer gastrique œsophagien œsophagite peptique
- -Médicamenteux : AINS Aspégic, ATB....
- Systématique : diabète dysthyroïdie hyper parathyroïdie

2-Dyspepsie fonctionnelle : 2/3 des cas

-Prévalence élevé 25-30%

-Age jeune +++

-Sexe : F - H

III. Physiopathologie

La physiopathologie de la dyspepsie fonctionnelle peut faire intervenir de très nombreux facteurs, parfois associés.

Les principaux mécanismes sont :

A/Trouble de la motricité :

-Retard de la vidange gastrique 30-40% des cas , il peut être associé a une sensation plénitude post prandiale, des nausées et des vomissements

-Anomalies de l'accommodation gastrique en réponse à un repas 40% (mauvaise distension de l'estomac proximal (fundus) entraîne une augmentation de pression au niveau de l'estomac distal qui va activer les mecanorecepteurs de la paroi gastrique ➡ responsable de l'apparition des symptômes)

-Trouble de la motricité duodéno-jéjunale

B/Troubles de la sensibilité :

-Hypersensibilité gastrique à la distension

- l'hypersensibilité duodénale : charge acide duodénale accrue malgré une sécrétion acide gastrique le plus souvent normale.

C/Réponse gastrique anormale lors de la perfusion duodénale d 'acide ou de lipide :

Les symptômes au cours de la DF sont augmentées par les repas riches en graisses ,la CCK est libérée par la présence des graisses dans l'intestin grêle, ,son taux est plus élevés chez les dyspeptiques que chez des sujets asymptomatiques, ➡ responsable de la satiété précoce et de la sensation de plénitude gastrique.

D/Un contexte post infectieux ou inflammatoire :

Au cours de la dyspepsie fonctionnelle, plusieurs études montrent que l'apparition de la symptomatologie a été précédée par un tableau gastro-entéritique dans une proportion importante de cas

Dans le cadre de cette inflammation muqueuse, les médiateurs libérés peuvent expliquer l'hyperalgésie viscérale

E/ Le rôle de l'infection HP :

Prévalence chez les dyspeptiques : 40-70%

Rôle modeste dans la dyspepsie

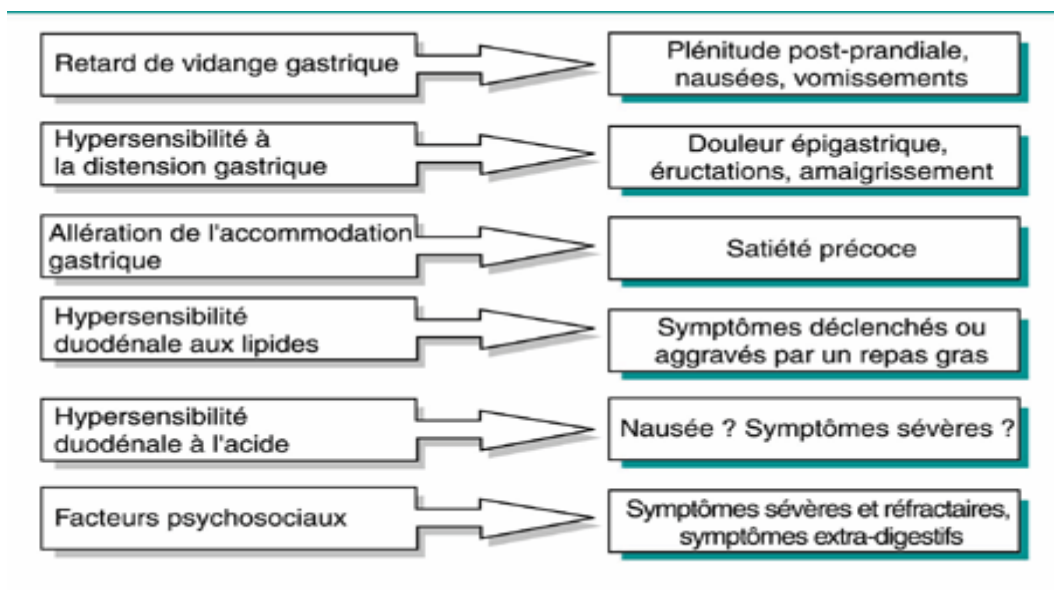
Les études d'éradication montrent l'absence d'effet ou au mieux un effet modeste sur la symptomatologie

F/ les troubles psychologiques :

Qu' 'ils soient cause ou conséquence, sont fréquents chez les patients ayant des troubles fonctionnels digestifs

Parmi les troubles psychologiques associés à la dyspepsie stress et anxiété sont les plus souvent retrouvés

Mécanismes physiopathologiques et relations avec les symptômes au cours de la dyspepsie fonctionnelle.



IV. Stratégie diagnostic :

A. Démarche initiale :

1- Interrogatoire : rechercher les signes d'alarme ++++

-Terrain, Age, profession, NSE,

-ATCD : MUCD, MDC gastro-toxiques, néoplasie gastrique, lésion pré néoplasique, maladie générale ou métabolique (diabète, SCL) ;

-Facteurs de risque familiaux (PAF, Kc digestifs ou extra-digestifs,...)

-Rechercher un trouble psychiatrique

2-Signes fonctionnels : recherche des signes d'alarme+++

-Modalités d'installation du syndrome, ainsi que son évolution,

-Signes associée GIs : nausées, vomissements, éructations, ballonnement abdominal .troubles du transit (SII)

- les facteurs associés à une accentuation ou à une amélioration des symptômes,

- les différents traitements entrepris et leurs résultats

-signes associées non GI : augmentation de la transpiration, des maux de tête, des troubles du sommeil, une tension musculaire, des symptômes cardiaques fonctionnels et une vessie irritable

- **Recherche de signes d'alarme**

**Age sup 50ans
Perte de poids non intentionnelle,
Saignements digestifs,
Dysphagie,
Vomissements,
Anémie ferriprive,
Masse épigastrique
ATCD P ou F de cancer du TD supérieur**

3-Examen physique: recherche signe d'alarme+++

-Richesse des symptômes & pauvreté de l'examen physique

-Etat général conservé

-Parfois hyperesthésie épigastrique

-Absence de : masse abdominale ADP

- pâleur cutanéomuqueuse , ictère

4-Examen complémentaire : leur buts essentiels :

- Eliminer pathologie organique
- Rassurer le patient.
- Parfois, préciser le mécanisme de la symptomatologie.

-Biologie: (FNS, VS, Glycémie, Créatininémie , calcémie)

-Examens nécessaires : FOGD, dépistage HP, échographie abdomino-pelvienne évaluation psychométrique.

B -Les stratégies diagnostiques :

Variables d'un pays à l'autre selon :

- Coût et disponibilité des explorations ;
- Statut HP dans la population générale ;

- Habitudes thérapeutiques ;
- Présence ou non des signes d'alarme
- Age du patient
- Prévalence des lésions néoplasique

-En présence de signes d'alarme ou d'un âge supérieur à 50 ans, l'EOSD est indispensable et indiscutable

-Sinon les autres stratégies sont discutables :

1-EOGD première

2-Test and treat

3-Test and scope

4-Traitement empirique

5-Et une 5 ème stratégie résultant d'un travail mené à Alger: éradication indiscriminée d'Hp

1-FOGD :

Lésion organique = UGD, oesophagites, cancer

Lésions non spécifiques ++: érosions GD, gastrite, duodénite, polype, ectasies vasculaires... etc

Réaliser des biopsies à la recherche d'Hp Rassurer le patient et le médecin

2-Test and Treat :

-Permet de rechercher HP (sérologie, test respiratoire) et de l'éradiquer si elle est présente

-Avantages: examen non invasif

-coût < à celui d'une endoscopie digestive, Prévient le Kc de l'estomac , Efficace sur les dyspepsie pseudo-ulcéreuse ,Guérit la MUGD

3-Test and Scop :

-Recherche HP par test non invasif, et faire FOGD chez sujet HP+

-Eradication de l'HP en cas biopsie positives

-Traitement si lésions retrouvées

Couteuse peu indiqué

4-Traitement médical empirique :

Pas d'exploration dès la première consultation ;

-Traitement : selon symptôme prédominant

Syndrome douloureux épigastrique (DPU) IPP ;

Syndrome de détresse post-prandiale (DPDM) :prokinétiques

-Si échec à 4 semaines ⇒ EOGD

V. Diagnostic différentiel

Dyspepsie fonctionnelle : Dc d'élimination

1- Dyspepsies organiques

2- Dyspepsies secondaires à des pathologies fonctionnelles

1- Dyspepsies organiques:

- Reflux acide gastro-oesophagien: histoire de pyrosis, régurgitations, OR ?L FOGD, Ph métrie parfois
- Maladie ulcéreuse gastro-duodénale: Douleur caractéristique, FOGD pose le DC
- Cancer gastrique: Douleur non spécifique, masse abdominale, HPG, ADP, EOGD et biopsies
- Pathologie hépatobiliaire ou pancréatique

2- Dyspepsie secondaire à une pathologie fonctionnelle :

- Diabète : Symptômes dyspeptiques présents chez 30 à 70 % des patients diabétiques
Anomalies de la vidange gastrique chez 30 à 60 % des diabétiques
De repose sur interrogatoire, histoire clinique, glycémie,
Signes cliniques de polyneuropathie fréquents
- Sclérodermie, Amylose
- Infections virales
- Atteinte du système nerveux central et périphérique
- Autres causes de dyspepsie : Insuffisance coronarienne, insuff isance rénale, dysthyroïdie...
- Facteurs iatrogènes: interrogatoire+++ Radiothérapie; opiacés. Dopaminergiques Agonistes béta; Agonistes calciques AINS

VI. Evolution

La maladie présente une évolution périodique, des phases de symptômes légers ou inexistants alternant avec des périodes de plaintes intenses

Les symptômes peuvent persister, se modifier, disparaître, apparition d'un autre trouble fonctionnel.

Un patient présentant des symptômes d'un sous groupe donné peut basculer vers un autre sous groupe

1 an après l'apparition des premiers symptômes; 43 à 86 % selon les études continuent à être symptomatique

Après 7 ans d'évolution, seuls 30 % des malades restent symptomatiques.

VII. Traitement

A. But du traitement :

- soulager le patient
- Rassurer le malade surtout
- Réduire le retentissement psychologique et améliorer sa qualité de vie
- Eviter les récives

B. Armes thérapeutique :

1. Mesure générale :

- Explication claire du diagnostic (assurance que les symptômes ne sont pas causés par le cancer)
- Explication de la nature et des causes des symptômes
- Etablir une forte et bonne relation médecin_-malade
- Eviter de multiplier les consultations et les explorations et de se laisser déborder par le patient
- Résolution de conflits dans le domaine psychosocial
- Encourager le patient à prendre ses responsabilités
- Exercices de relaxation
- Options psychothérapeutiques.

2. Règles hygiéno-diététiques :

- Pas de régime alimentaire standardisé
- Fractionner les repas
- Manger dans le calme et à heures fixe
- Bonne mastication des aliments
- Éviter les aliments réputés dyspeptogènes : chocolat, gras, alcool.. Le patient doit noter les aliments qu'il ne tolère pas et les évite..
- Hygiène de vie : sport, repos et éviter le stress

3. Traitement médical

- Antiacides: communément prescrits, Peu efficace Surtout antalgique
- Antisécrétoires : - AntiH2 : Ranitidine , Cimétidine
-Inhibiteurs de la pompe à proton :omeprazole, lansoprazole....; efficacité > placebo
- Eradication HP : Les effets secondaires potentiels du traitement antibiotique doivent toujours être pris en considération dans le cadre de la prise de décision
- Prokinétiques : stimule et régule la motricité gastrique Métoclopramide (primpéran cp)Dompéridone (motilium cp) Erythromycine agoniste de la motiline (250 mg per en IV)
- Antidépresseurs tricycliques (laroxyl, tofranil) si echec au traitement précédent ,Efficacité confirmé faibles doses, possible efficacité mais effets secondaire
- Inhibiteurs de recapture de sérotonine :meilleure tolérance, efficacité théorique neuromodulatrice sur le TD (prozac, zoloft, deroxat)

4. Traitement non médicamenteux :

- Renforcement de la relation médecin - malade +++ Psychothérapie +++
- Hypnose
- Phytothérapie (plante médicinale) : De nombreux essais contrôlés par placebo ont montré un effet significativement positif de la phytothérapie par rapport au placebo dans le traitement de la dyspepsie fonctionnelle . Exemple : Menthe poivrée camomille le carvi la melisse..
Action anti spasmodique et sédatif sur le tractus gastro-intestinal

VIII. Conclusion :

Pathologie fréquente ; motif de consultation en Médecine Générale et en Gastroentérologie

Diagnostic d'élimination ;

Traitement adapté au cas par cas ;

Renforcer le traitement psychologique ;

Résultats du Traitement médical pas toujours brillants et sont même parfois décevants

Stratégie diagnostique de la dyspepsie

