



Dyspepsie fonctionnelle

Cours destiné aux étudiants de 4^{ème} année de Médecine

-
2024 / 2025

Dr Djezar Siham

Maitre assistante en médecine interne

Objectifs du cours:

- 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
- Enoncer les différentes options thérapeutiques



PLAN



1. Définition
2. Épidémiologie
3. Physiopathologie
4. Démarche diagnostique
5. Stratégies de prise en charge



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.



Définitions

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



Dyspepsie fonctionnelle

Sd de détresse postprandiale: SDPP
Post prandial distress syndrome

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

Syndrome douloureux épigastrique
Epigastric pain syndrome

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

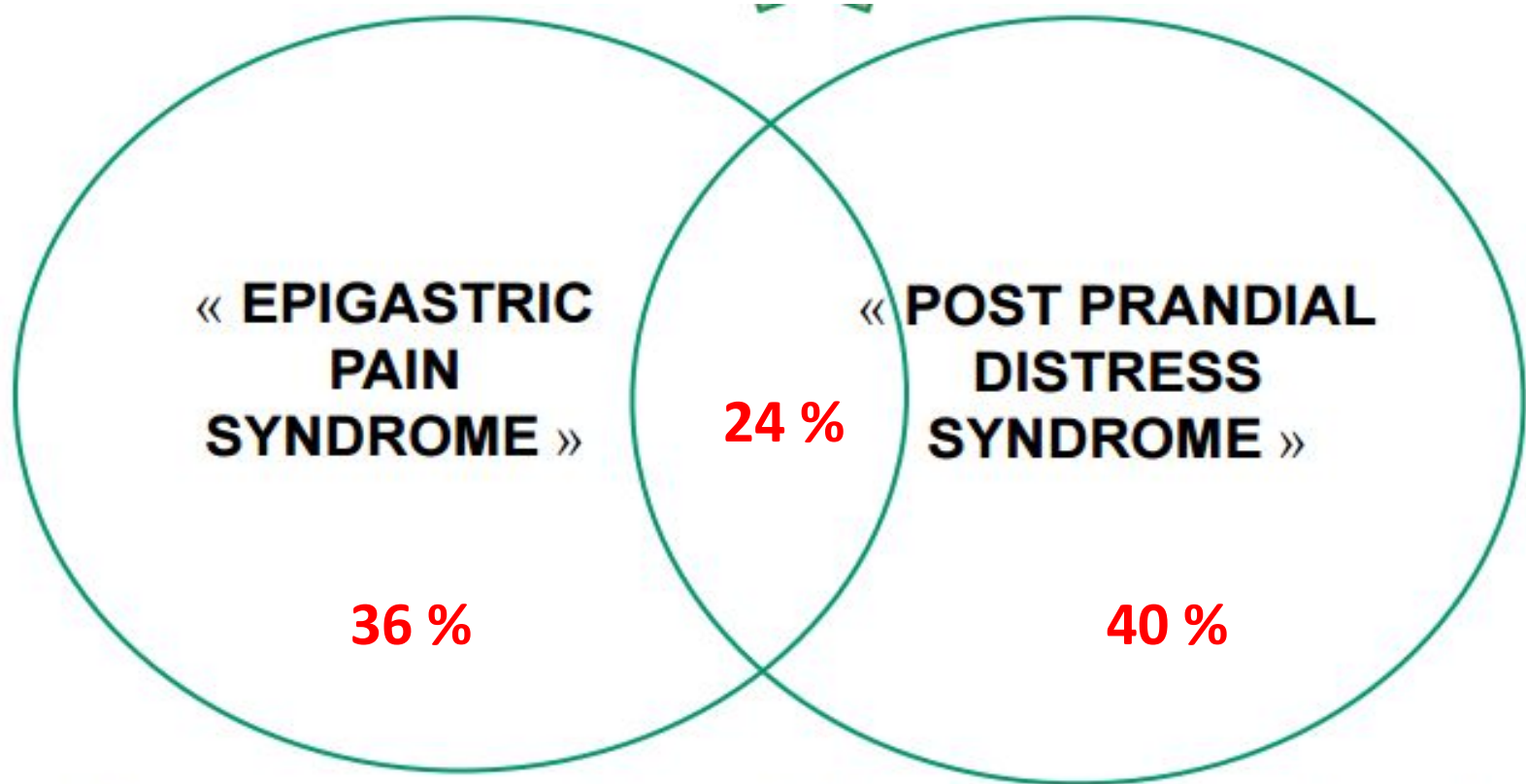


Dyspepsie fonctionnelle

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**

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, Bipohosphonates, Erythromycine, Tétracyclines, Sildénafil et tadalafil, Théophylline
Sclérodermie

- **Amylose**

- **Infections virales**

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

- **Autres**

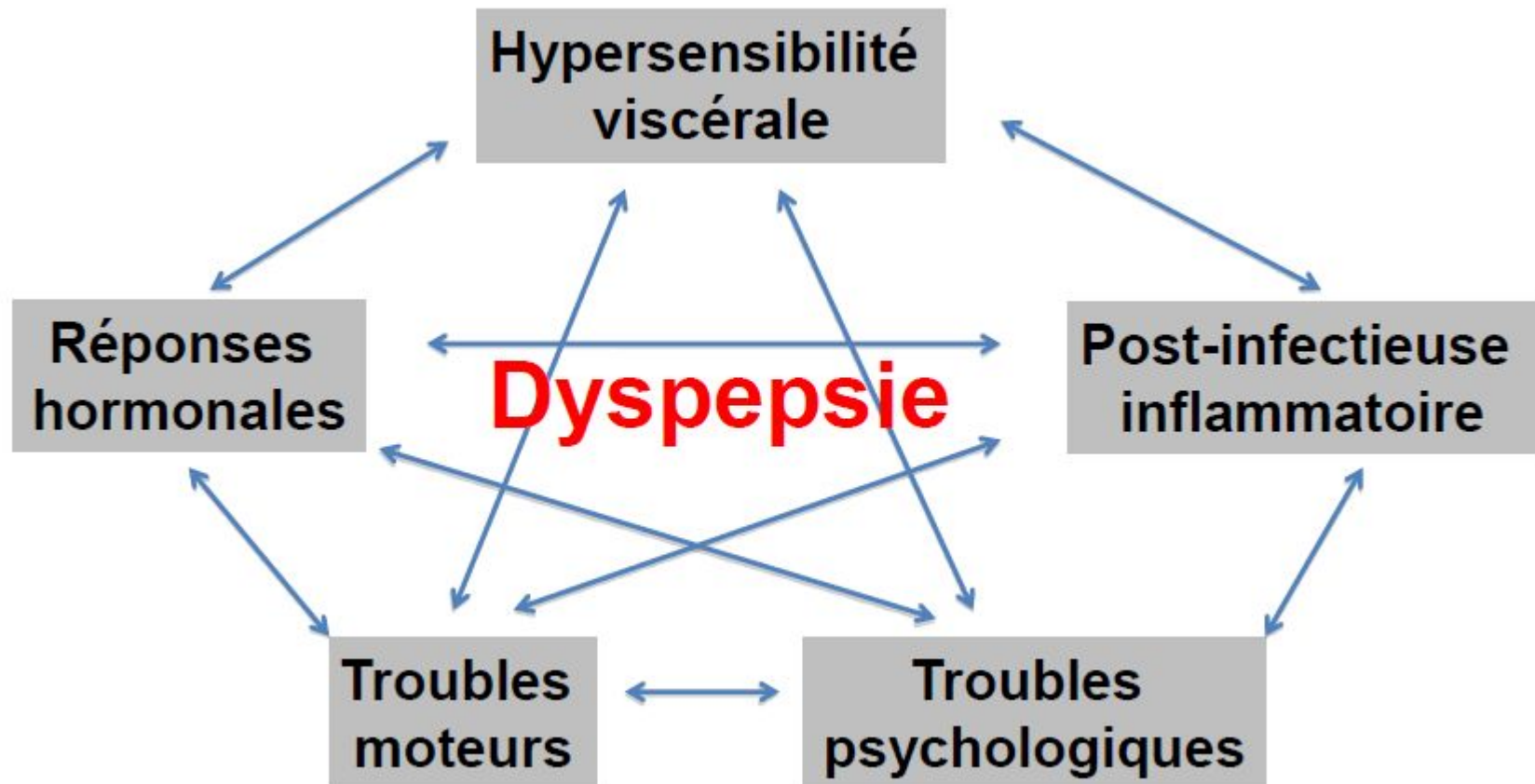
(Insuffisance coronarienne, insuffisance rénale, dysthyroïdie...)

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.



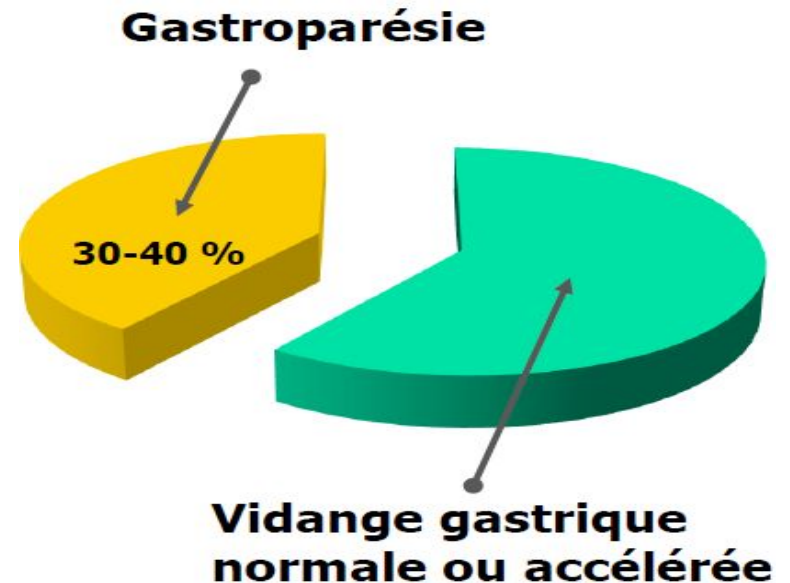
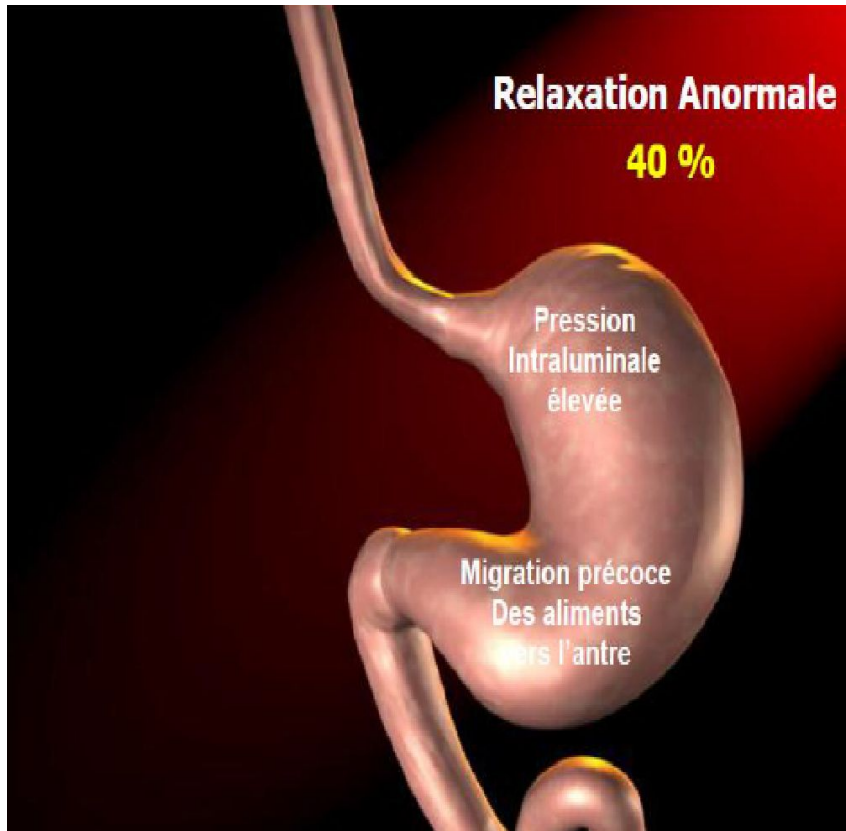
Physiopathologie





Troubles moteurs

- Relaxation fundique insuffisante: 40%
- Anomalies de la vidange gastrique





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**



Post infectieuse 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



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



Troubles psychologiques

- cause et/ou conséquence
 - Dysfonctionnements dans le traitement central des stimuli viscéraux
 - Anxiété, dépression et trouble du sommeil

Prédisposition génétique

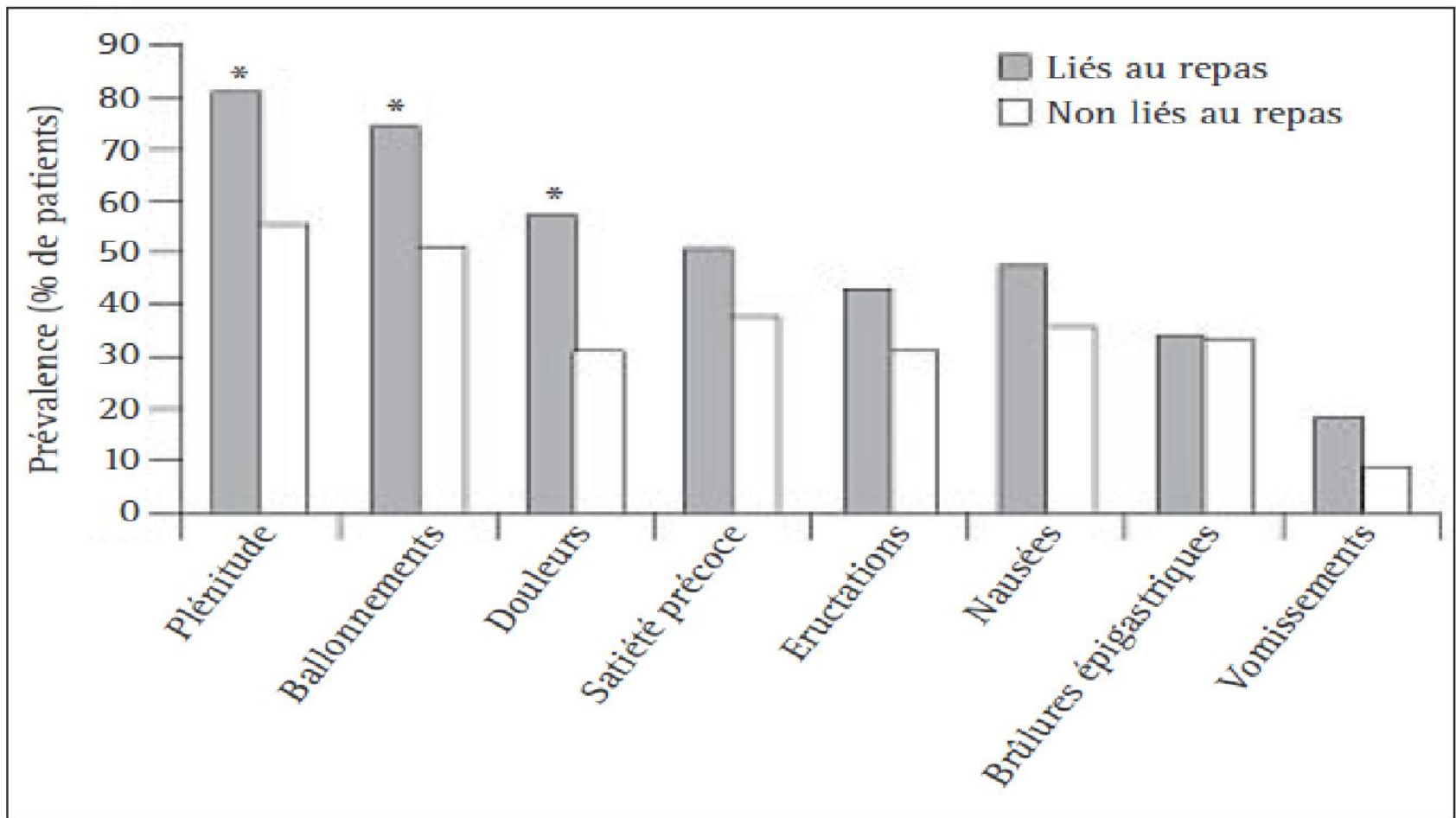


Démarche diagnostique

- 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

• Les principaux symptômes



•Facteurs de risque d'une dyspepsie organique

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



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



Démarche diagnostique

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 duodénal 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

- **Patient a haut risque** (âge > 50 ans ou signes d'alarme) => endoscopie haute

afin d'éliminer :

- 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)

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-secrétoires: 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'accommodation 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

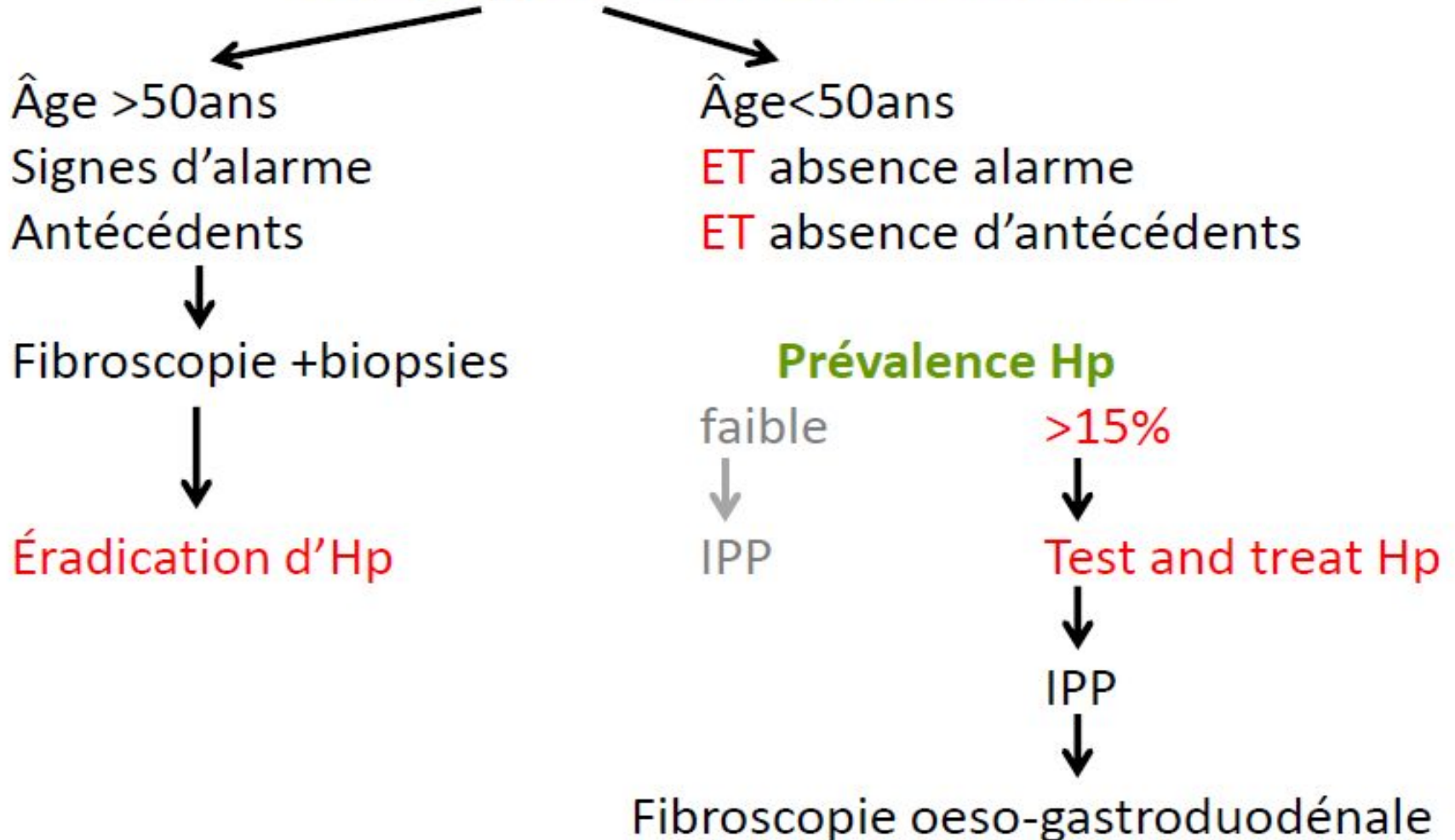
1 ère ligne : Amoxicilline (2 x 1g) + Métronidazole (3 x 500mg) ou Clarithromycine 2 x 500mg + IPP (2x /jour) pendant 14 jours

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

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

- Indications thérapeutiques

Dyspepsie non documentée



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.....



TAKE HOME MESSAGES

- 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



Merci...

